Negyvenegyedik évfolyam. 36. szám. *Budapest, 1897. szeptember 5.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Szemelvények a budapesti Stefánia-szegénygyermekkórház casuistikájából.

Közlik: *Berend Miklós* dr., kórházi első segédorvos és *Preisich Kornél* segédorvos.

Nagy beteganyag mellett évente számos oly eset jő elő, mely ritkasága vagy különösebb lefolyása miatt említést érdemel; tanulságosnak láttuk egynehénynek összeállitását lehetőleg összefüggő egészben, már csak azért is, mert a különösebb esetek leirásából a kórházi forgalom jobban megitélhető, mint egyes statistikai adatok alapján.

A mi az 1895-diki beteganyagot illeti, először is megemlitendőnek tartjuk a meningitis cerebrospinalis esetek nagyobb halmazatát, mint rendesen. Átlag minden évben megfordul kórházi rendelésünkön 1—2 ily beteg, de évek óta nem oly számban, mint 1895-ben s hogy ezen kóralak általánosabban volt elterjedve a szokottnál, hogy nem sporadikus fellépéssel, de kisebb járványnyal álltunk szemben, ezt nemcsak az acut lefolyásukban észlelt esetek bizonyitották, de a hónapok mulva is még mindig jelentkező oly betegek, kik a meningitis után visszamaradt elváltozások miatt keresték fel a kórházat.

Mióta *Vieusseux* 1805-ben az első genfi epidemiát leirta, alig volt nagyobb terület Európában, melyen ne észlelték volna nehányszor kisebb-nagyobb epidemiák fellépését; Magyarországon is többször észeltetett, *Szontagh F.* már évek előtt leirt egy a budapesti „Stefánia" gyermekkórházban észlelt kisebb fővárosi járványt.

Mint a hogy rendesen történni szokott, a 95-ben észlelt esetek halmozódása is a hidegebb évszakra, télvége és tavaszra esett. Összesen 28 esetet észleltünk, melyek közül azonban csak 19-nek láttuk acut stadiumát, 9 pedig röviddel azelőtt lefolyt meningitis maradványaival kereste fel a kórházat. Az észlelt 19 eset közül 10 mint fekvő beteg, 9 pedig mint bejáró részesült kórházi kezelésben. E 9 „ambulans" meningitis azonban épen úgy nem mutatott könnyű lefolyást, mint fekvő betegeink; 2 meghalt, kettő pedig surdomutitas, beszéd és intelligentia-zavarral gyógyult; 5 elmaradt a kórházi rendelésről. Ez esetek lefolyása nem tüntetett fel semmi rendkivüliséget, csak a 6988. sz. H. Z.-nál volt egy ritkább complicatio, 5 napig tartó jobb oldali parotitis észlelhető; az eset gyógyult.

Több tekintetben érdekes adatokat találtunk a kórházban végigészlelt fekvő meningitises betegeinknél. Ez esetek jellege ugyancsak igen súlyos volt; 10 eset közül ugyanis csak 5 gyógyult teljesen, mig három meghalt, kettőnél pedig gyógyithatlan zavarok, egyik esetben mindkét láb spastikus paresise, másiknál teljes süketség maradt vissza.

Hét eset folyt le complicatio nélkül, kettő complicalódott makacs fájdalmakkal járó térdizületi duzzanatokkal, tüdőlobot egy esetben sem láttunk fellépni. Legérdekesebb szövődött esetünk azonban H. L. (566. J. sz.), a ki május 30-dikán betegedett meg jellemző tünetekkel, junius 7-én vétetett fel a kórházba s a meningitis kórképe mellett typikus kanyaró küteget mutatott, mely a felvétel napján fejlődött ki.

Direkt átvitelét a contagiumnak egy esetben voltunk képesek kimutatni (485. S. sz.) egy másfel éves gyermeknél, kinek testvére három nappal a betegség kezdete előtt ugyanolyan tünetek közt halt el. A kór lefolyása a legtöbb esetben nem tüntetett fel semmi rendkivüliséget, legérdekesebb volt egy recidivaló esetünk, melynek kórtörténetét röviden közöljük:

(379. Felv. S. sz.) R. Erzsi, 6½ éves. Egy hétig lappangva, fejfájás és levertséggel járó kezdet után, heves hányással betegedett meg április 24-én, mikor kórházunkba már kifejezett kórképpel vétetett fel: erős retroversio, nyakmerevség, középtág merev pupillák, óriási fejfájás, zavart sensorium, behúzódott has, constipatio, Trousseau-féle csikok a hasfalon voltak az első napokban észlelt tünetek, mérsékelt remittáló láz mellett állandóan szaporább ütér-lökés (100—120.). A felvételre következő napon a jobb térdizület fájdalmas duzzanata lépett fel. A szokásos kezelésre (felvétkor nadályok a proc. mastoideusok tájára, először calomel, majd brom és jodkalium) mindezen aggasztó tünetek nagyobbrészt visszafejlődtek május 1-ig, csak a fejfájás és láz tartanak május 4-ig. Május 6-án a beteg elhagyja az ágyat, étvágytalansága fennáll, cerebrális tünetek teljesen megszüntek. Május 12-én ujra láz lép fel heves fejfájással, 15-én ujra hányás jelentkezik s a beteg egy-két nap alatt a meningitis izgalmi stadiumának összes jeleit mutatja; szivgyöngeség jelentkezik, 19-én *varicella* cruptio, mely pár nap alatt beszárad.

Május 24—25-dikén láz csökken, látszólagos javulás, de 26-dikától kezdve a láz, a hányás folyton tartanak, a szivgyengeség tünetei mindinkább előtérbe lépnek. A láz junius 1-én megszünik, s innen kezdve a hőmérsék majdnem 28 napon át, a beteg halálaig, igen kevésszer éri el a 37°-ot, majdnem mindig subnormalis. A jobb temporon decubitus fejlődik, a hasfalon cachectikus purpura lép fel; a halál cerebrális tünetek állandó fennállása mellett junius 28-dikán következett be.

Egy másik esetünket a bonczlelet teszi érdekessé. (168. Fr. J. sz.) D. Mariska, 7 éves, február 18-dikán betegedett meg igen heves tünetekkel, melyek 16 nap alatt halálhoz vezettek; a klinikai észlelés egy typikus meningitis kórképét tüntette fel. A bonczlelet a következő volt: *Meningitis cerebrospinalis cum exsudatione in regione chiasmatis optici ad superficiem inferiorem lobi temporalis dextri et in meningibus medullae spinalis, excepta parte cervicali et medulla oblongata. (Preisz tnr.)*

19 acut esetünk közül tiznél láttunk herpes eruptiót, háromszor a háton. Fekvő betegeink egy harmadánál észleltünk mérsékelt albuminuriát, négynél tapintható léptumort.

Különösen súlyosaknak bizonyultak azon esetek, melyeknél convulsiók voltak jelen; majdnem minden olyan eset, mely görcsökkel kezdődött, teljes eszméletlenséghez is vezetett. Ilyen intensiv görcsökkel járó esetünk csak egy gyógyult teljesen, mig kettőnél súlyos elváltozások maradtak vissza; a kezdeti convulsióknak minden körülmények közt súlyosabb jelentőséget kell tulajdonitanunk *és pedig annál nagyobb mérvben, minél idősebb a beteg.* Egy vagy másfél éves gyermekeknél a kor már magában is eléggé súlyosbitja a prognosist, s a kezdeti görcsöknek e korban alig tulajdoníthatunk nagyobb jelentőséget, tekintettel arra, hogy e korban a gyermekek görcsökre sokkal hajlamosabbak s épen a meningitis cerebrospinalisnál észlelhetjük sokszor, hogy nagyobb és hirtelen hőmérsék emelkedést kisebb gyermekeknél epileptiform görcs előz meg, mig idősebbeknél ezen okból csak rázó hideg jelentkezik; a nagyobb gyermekek hasonló görcsei ilyen lényegtelenebb dologra alig vezethetők vissza.

Meg kell emlitenünk még, hogy eseteink, alig 1—2 kivétellel, nem feleltek meg *Ziemssen* azon szabályának, hogy a pupillák eleinte rendesen szükültek, később lassankint tágulnak. Majdnem minden esetünkben kisebb-nagyobb fokú pupillatágulatot észleltünk már az első napoktól fogva, kifejezett kezdeti szükületet csak egyszer.

Két esetünkben ment át a betegség lefolyása alatt a constipatio hasmenésbe; mindkét betegünk meghalt; ezen tünet annál inkább látszik figyelmet érdemelni, mert theoretikus szempontból is érthető, hogy ha a kezdeti constipatio az agyalap izgatottságának következménye, úgy a másodlagos fokozott székürülés esetleg hűdési tünet is lehet. Ennek a felvételnek felel meg az is, hogy mindkét betegnél huzamosabb ideig voltak szívgyengeség és rendetlen működés tünetei jelen a diarrhoeák tartama alatt, azelőtt pedig gyérült és arythmikus szívműködés. A meningitis tartama alatt fellépő hasmenést mindig figyelemmel kell kisérnünk s ha az rendetlen szivműködéssel párosul, úgy a kórjóslatot tetemesen súlyosbító körülménynek kell tekintenünk. Összes észlelt eseteink kor szerinti megoszlása és gyógyulási arányuk a következő rövid táblázatban foglalható össze:

	Összesen	Gyógyult	Residuákkal	Meghalt	Elmaradt
0— 1	5	1	1	2	1
1— 3	10	1	6	1	2
3— 7	7	—	3	3	1
7—14	6	4	1	—	1
összesen:	28	6	11	6	5

E táblázatot csak úgy itélhetjük meg helyesen, ha az elmaradt 5 esetet levonjuk, a mikor 23 esetre 6 halálos kimenetel esik; ez elég kedvező százalék volna (25%), de sokkal kedvezőtlenebb már a teljes gyógyulás aránya, a mennyiben 23 betegre csak 6 gyógyult esetet számíthatunk. (20·2% gyógyulás.)

Azon eseteink közül, kik épen lefolyt meningitis maradványaival keresték fel a kórházat, egyet tartunk megemlítendőnek: 299. J. k. sz. P. Jolán, $2^1/_2$ éves, felvétetett április 2-dikán. Egy hó előtt kanyaró, azóta jellemző meningealis tünetek, igen erős tarkómerevség, nagy nyugtalanság, a gerinczoszlop igen fájdalmas, herpes az ajkakon. Felvételkor a meningitis acut tünetei már visszafejlődőben voltak, de az eszmélet még mindig zavart, a jobbkéz és balláb duzzanata van jelen; a felvétel okát tulajdonképen a mindkét oldalon fejlődő retinaleválás képezte, mely teljes amaurosisra vezetett; ez volt egyúttal a legszomorubb esetünk, mert a reczegleválason kivül teljes süketség és intelligentia-zavar maradtak vissza.

(Egy esetben (312. sz. K. Béla) meningitis convexitatis után is láttunk ugyancsak mindkét oldali reczegleválást; a bonczolat a kórismét megerősítette.)

Még csak azt tartjuk megemlítendőnek, hogy betegeink legnagyobb része a főváros VIII. és IX. kerületéből került ugyan ki, de egyes utczákat vagy körülirtabb helyeket, mint a fenti sorokban leirt kis endemia góczpontjait nem sikerült kimutatnunk.

(Folytatása következik.)

Közlemény a Korányi Frigyes ny. r. tanár igazgatása alatt álló kir. tud. egyet. I. belkórodáról.

Bárzsing-hüdés hysteriás alapon.

Közli: *Áldor Lajos* dr.[1]

A beteg, a kit Korányi Frigyes tanár úr szives engedelme folytán szerencsém van a t. orvosegyesületnek bemutatni, ma már gyógyultnak érzi magát s gyógyultnak is mondható, annyiban a mennyiben nyelési képtelensége, mely kizárólagos panaszát képezte, ma már nincs jelen. Hogy ezen körülmény daczára is bátor vagyok a beteget e helyen bemutatni, annak oka abban van, hogy a kórképnek, mely különben sem tartozik a gyakran észlelhetők közé, jellegét biztosan megállapitani nem volt könnyű s a pontos kórisme felállításának nehézségeit végleg csakis a betegségnek kedvező irányú lefolyása küzdötte le s ez erősitette meg a mindjárt kezdetben felállitott kórisménket.

Az 51 éves férfibeteg foglalkozására nézve ács, Komáromban született s ugyanott lakik, az I. belgyógyászati kórodára f. évi február hó 4-dikén vétette fel magát.

Szülei végelgyengülésben haltak el, 3 testvére pedig előtte ismeretlen betegségben. Négy élő gyermeke egészséges. Családjában idegbajnak az előfordulásáról mit sem tud. Húsz éves koráig egészséges volt, akkor penisén — a leírás szerint — lágy fekélyt acquirált, mely hat hét alatt localis kezelésre gyógyult. Higany-készítményeket nem használt és általános tünetek sohasem jelentkeztek. Jelen bajáig teljesen egészségesnek érezte magát, mérsékletes dohányzó volt s még mérsékeltebben élt szeszes italokkal. Négy héttel a kórodára való felvétele előtt egy háztetőn való dolgozás közben, onnét 4 meter mélyre esett. Ezen trauma legerősebben fejének jobb parietalis tájékát érte. A trauma pillanatában elvesztett eszméletének körülbelül 10 percz mulva bekövetkezett visszanyerésekor orrából kevés vér szivárgott s mérsékelt mérvű pár napig tartó s azóta sohasem ismétlődött tompa fájdalmak léptek fel fejének a traumát elszenvedett tájékán, s háromnégy napig véres csikokkal festenyzett köpetet ürített.

A traumát csakhamar követőleg bő salivatio is lépett a betegnél fel, a mit különösen kellemetlenné tett az a jelenség, a mit a beteg ugyancsak a trauma elszenvedése után észlelt, hogy a szájában meggyülemlett nyálat ép úgy képtelen lenyelni, mint a hogy teljesen képtelenné vált bárminek evésére vagy ivására. Bármilyen ételt vagy italt garatjának alsó részén megakadni érez, az italok az orrán nem folynak vissza, de a lenyelése semminek sem sikerül, úgy hogy betegségének első két hetében per anum lett táplálva s az utóbbi, felvétele előtti két hét alatt pedig bárzsingeső segélyével vett magához híg tápanyagokat. A mesterséges táplálás daczára is a beteg, betegségének négy heti tartama alatt régi testsúlyának állítólag több mint felét elvesztette.

F. évi február hó 4-dikén az I. belgyógyászati kórodára lett felvéve a következő jelen állapottal.

Az alacsony termetű, mérsékelten fejlett s rosszul táplált, lesoványodott férfibeteg csontrendszere alaki eltérést nem mutat. Kötő- s látható nyálkahártyái halványak, bőre halvány fakós-szürke, a rendesnél mindenütt nagyobb redőkbe szedhető, bőralatti kötőszövet zsírszegény, izomzat kis térfogatú, pettyhüdt. Étvágy nagy s csak mesterséges úton elégíthető ki; a beteg nyelési kisérletei sikertelenek, a mennyiben a lenyelni szándékolt falatot a beteg által csak megközelitően meghatározott helyen, „torkának alsó részén“ megakadni érzi s a falatok lenyelésére irányzott minden további kisérlet sikertelen marad; ép igy van a beteg a bőven elválasztott nyállal, mely sűrűn s nagyobb mennyiségben meggyülvén szájában, azt kiköpni kénytelen.

A fokozott szomjérzés szintén csak mesterséges úton elégíthető ki.

Nyak symmetrikus, rajta néhány apróbb mirigy tapintható.

Mellkas keskeny, lapos; szivcsúcslökés az 5—6. bordaközben a bimbóvonalon belül körülirtan tapintható. Ütérlökés kis hullámú, mérsékelten telt, rythmikus, száma perczenként 76, ütérfal kissé merev.

Has behúzódott, nyomásra sehol nem érzékeny, benne rendellenes resistentia nem tapintható.

A gyomor mozgási- s elválasztási viszonyai kielégítők; 200 gm. tejnek másfél órával a bevitel után foganatosított expressiójával gyomortartalom egyáltalán nem volt nyerhető; ellenben egy nyers tojásnak több mint egy harmada a bevétel után két és félórával alkalmazott expressióra kiürült; 200 cm^3 víz ötnegyed óra mulva a beöntés után nem volt a gyomorban. Maga a gyomornedv bőven tartalmazott sósavat, tej- s zsírsavak nem voltak kimutathatók; a gyomornedv összaciditása 18·4%.

Az idegrendszernek vizsgálata a következő eltéréseket derítette fel:

A kinyújtott nyelv kissé remeg, szájpadívek s nyelvcsap elég magasan állanak, előbbiek egymástól távol, és nyelés-, légzésnél, valamint hangoztatásnál a rendesnél valamivel renyhébben működnek. A lágy szájpad villanyos ingerlékenysége rendes. Az alsó végtagokkal végzett combinált mozgások kivitelében csekély fokú ataxia észlelhető, mely mérsékelten fokozódik behunyt szemmel való járásnál. A járásnál észlelhető ezen ataxia intensitásában változó, egyszer alig észrevehető, másszor kifejezettebb s ilyenkor a járás szélesebb alapú, szabálytalan lépésű, egyenetlen irányú; a beteg lábait előre löki s sarkával érinti előbb a földet.

Az érzési körben az egyedüli eltérés a gége nyákhártyájának totalis anaesthesiája.

Bőr és csonthártya-reflexek könnyen kiválthatók. Patellaris-reflex mindkét oldalt egyenletesen s jelentékenyen fokozott.

A Grósz Emil m.-tanár és Blaskovics Fridolin tanársegéd urak által megejtett szemvizsgálat eredménye az, hogy a látás mindkét szemen teljes, színlátás jó, a látóterek szabadok, szemfenék ép.

Épek a többi érzékszervek is.

Azt a tünetcsoportot, mely egy öröklésileg nem terhelt, azelőtt teljesen egészséges egyénnél, közvetlenül előrement

[1] Betegbemutatással előadta a budapesti kir. orvosegyesületnek 1897. február hó 27-dikén tartott ülésén.

trauma után fellépett, a következő tünetek alkották: az egyedüli subjectiv tünet: a beteg nyelési képtelensége; objectiv tünetek: csekély fokú, de változó jellegű ataxiája az alsó végtagoknak, egyenlően fokozott patellaris-reflexek s végre totalis érzéstelensége a gége nyákhártyájának. A kórképnek származását s lényegét tekintetbe véve, nem lehetett azt az idegrendszernek egy organikus bántalma által feltételezettnek tekinteni. A mondott tünetek mérlegelésére támadt első benyomás kizárja azt, hogy a jelen esetben egy centralis eredetű vagus-hűdéssel lett volna dolgunk. A kórképnek keletkezése, nyelv, lágy szájpad, facialis, trigeminus hűdéseknek, beszédzavaroknak, elfajulási reactióknak hiánya ép úgy kizárják a legatypikusabb megjelenésű bulbar-paralysist, mint az arteria basilaris thrombosisát, valamint az acut bulbar-myelitist. Ép így nem lehetett esetünkben egy peripherikus eredetű vagushűdésre sem gondolnunk. A vagusnak egy oly körzeti hűdését felvenni, mely kizárólag a bárzsingot ellátó ágakra szorítkoznék, hiányzott minden támpont. Közelfekvő volt tehát a gondolat, hogy az összes tünetek az idegrendszernek azon functionalis természetű bántalma által feltételezettnek fogandók fel, mely az esetek túlnyomó többségében egy gazdag és felette változatos tünetcsoportot provocál.

Hysteriára tett kórisme ellen nem szólott a betegség keletkezése sem. Régtől fogva igen sok adat szól a mellett, hogy traumák részint commotio, részint psychikus hatás következtében hozhatnak létre hysteriát; így *Kronfeld* említ csekély sebészi beavatkozást, *Delpart* foghúzást, *Fraenkel* lóharapást, *Guinon* földrengést. Sőt épen Charcottól — a ki nem számítja a traumát a gyakori kórokok közé, sőt nagyon ritkának tartja azt, hogy egy praedispositióval nem biró, azelőtt minden hysteriás tünet nélküli egyén, valamely trauma következtében hysteriássá váljék — ered azon karakteristikus példa, hogy egy arczulütés épen úgy teheti hysterikussá azt a ki kapja, mint azt is a ki azt adja.

Újabban sok tekintélyes észlelő a traumatikus neurosisokat a hysteria körébe veszi s így a trauma kóroktani szempontból nagyobb szerepet játszik.

Hogy a bemutatott esetben a trauma oki mozzanat gyanánt szerepelt, az a mondottak alapján, nevezetesen, hogy a hűdés közvetlen a trauma után és egyszerre lépett fel, nagy valószínűséggel állítható. Csak nagy valószínűséggel mondom, mert bár a beteg teljesen egészségesnek érezte magát azelőtt, azt hogy a gégebeli anaesthesia és az ataxia nem állott-e fenn már a trauma előtt is, biztossággal kizárni nem lehet.

A hysteriás hűdések közül tudvalevőleg ritkák a facialis, szem- és nyelvizomhűdések. Garat és bárzsinghűdésről a rendelkezésemre állott irodalomban megbizható adat nem található, mert nem számíthatom ide azt a bárzsinghűdés esetet, melyről Fränkel „Fälle von Hysterie“ czimű közleményében említést tesz. A jelenlevő ataxia ugyancsak hysteria mellett szól, nem szorítkozik az egész test izomzatára, lassan fejlődik s változik intensitásában, megközelítőleg megfelel a pseudotabes hystérique képének, mind olyan jelenségek, melyek nyomósan szólanak hysteria mellett.

A gégebeli anaesthesia gyakori lelet hysteriánál s bár a jelen esetben nem a hysteriára jellegzetes formában jelentkezik — totalis ugyanis az anaesthesia —, mégsem szenved kétséget, hogy úgy ez, mint az összes tünetek hysteriás eredetűek.

Megdönthetetlenül szól ezen felvétel mellett a betegség lefolyása. Tizenhét napig az állapot változatlanul fennállott, semmiféle complicatio nem társult hozzá. A therapia kizárólag a beteg nyugalmának biztosítására, mesterséges táplálásra és a gyomortáj mérsékelt faradisálására szorítkozott. Kórodai tartózkodásának 17. napján, betegségének hetedik hetében egyszerre észreveszi, hogy szájnyálát lenyeli, rögtön megkisérel vizet és tejet inni s a betegnek ezen kisérlete akadálytalanul sikerült. Ez február 21-dikén volt; azóta a beteg minden nehézség nélkül maga táplálkozik s kórodai tartózkodása alatt hét kilót hizott.

Eltekintve attól, hogy ha a subjectiv tüneteket veszszük számba, melyek hysteriánál a főszerepet játszák, úgy csak a nyelési hűdés képezvén azt, ezen eset a ritkán észlelhető *monosymptomatikus hysteria* esetek közé volna számítható. Magának a hysteriás bárzsinghűdésnek szerfelett nagy ritkasága szolgáljon mentségemül, hogy ezen esetet bemutatni bátor voltam.

Közlemény az egyetemi fogászati klinikából.

Egy új helybeli érzéstelenítőnek, az anaesinnek hatása foghúzásnál.[1]

Antal János dr., klinikai tanársegédtől.

(Vége.)

Az alábbiakban van szerencsém kisérleti eseteimet felsorolni, melyeket részben magánpraxisomból, részben *Árkövy* tanár úr szives engedelmével egyetemi fogászati klinikájából vettem.

Sz.	Beteg neve stb.	Megbetegedett fog	Diagnosis	Műtét	Eredmény
1	K. Gáspár joghallgató 19 éves	Mol. I. i. d.	Pulpit. chron. parenchym.	1h 45′—½ Pr. 1h 48′—extr.	Nem fájdalmas
2	E. Mór műegy. hallg. 20 éves	Mol. I. i. s.	Pulpit. chron. gangraen.	2h 15′—1 Pr 2h 18′—extr.	Kisfokú fájdalom
3	K. József bölcs. hallg. 22 éves	Mol. II. i. s.	Pulpit. acut. total.	2h 37′—1 Pr. 2h 44—extr.	Kisfokú fájdalom
4	B. Zoltán gyógysz. h. 21 éves	Praem. II. s. s.	Pulpit. chron. parenchym.	2h 50′—½ Pr. 2h 60′—extr.	Kisfokú fájdalom
5	Sch. Arnold joghallgató 21 éves	Mol. II. s. d.	Pulpit. chron gangraen.	2h 15′—1 Pr. 2h 20′—extr.	Nem fájdalmas
6	A. József joghallgató 22 éves	Praem. I. s. d.	Gangr. pulp. total.	3h 40′—1 Pr. 3h 45′—extr.	Nem fájdalmas
7	V. Ilona varrónő 27 éves II/25.	Mol. II. i. d.	Pulp. chron. hypertroph. granulomat.	2h 18′—1 Pr. 2h 23′—extr.	Nem fájdalmas
8	„ II/26.	Mol. I. s. d.	Pulpit. chron. parenchym.	3h 15′—1 Pr. 3h 20′—extr.	Nem fájdalmas
9	„ II/27.	Praem. II. s. d.	Necrosis rad. total.	3h 30′—1 Pr. 2h 35′—extr.	Nem fájdalmas
10	„ III/1.	Mol. I. et II. s. s.	Necrosis rad. total. (4 gyökér)	2h 10′—1 Pr. 2h 15′—extr.	Nem fájdalmas
11	„ III/2.	Praem. II. i. d.	Necrosis rad. total. (2 gyökér)	2h 30′—1 Pr. 2h 35′—extr.	Nem fájdalmas
12	H. Lajos joghallgató 23 éves	Mol. II. i. s.	Pulpit. chron. parenchym.	3h 25′—1 Pr. 3h 28′—extr.	Nem fájdalmas

*

Sz.	Beteg neve stb.	Megbetegedett fog	Diagnosis	Mütét	Eredmény
13	K. Ármin joghallgató 20 éves	Praem. II. s. d.	Pulpit. chron. parenchym.	2h 35'—1/2 Pr. 2h 38'—extr.	Nem fájdalmas
14	„	Praem. II. s. s.	Necrosis rad. total.	2h 45'—1/2 Pr. 2h 48'—extr.	Nem fájdalmas
15	„	Mol. III. i. d.	Necrosis rad. total.	2h 50'—1/2 Pr. 2h 53'—extr.	Nem fájdalmas
16	Sz. Dezső műegy. hallg. 20 éves	Mol. II. s. s.	Pulpit. chron. gangraen. et periodont. acut. diffusa	3h 29'—1 Pr. 3h 32'- extr.	Kisfokú fájdalom
17	K. Gusztávné magánzónő 52 éves	Mol. II. s. s.	Necrosis rad. total. (2 gyökér)	4h 1'—1/2 Pr. 4h 4'—extr.	Nem fájdalmas
18	K. Ármin joghallgató 20 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. chron. parenchym.	1h 38'—1/2 Pr. 1h 41'—extr.	Kisfokú fájdalom
19	H. Gyula orvost. hallg. 23 éves	Mol. II. s. d.	Necrosis rad. total. (3 gyökér)	2h 25'—1 Pr. 2h 28'—extr.	Nem fájdalmas
20	K. Mártonné hivatalnok neje, 30 éves	Praem. II. s. d.	Pulpit. chron. gangraen.	2h 20'—1 Pr. 2h 25'—extr.	Nem fájdalmas
21	K. Boriska házileány 20 éves	Mol. II. i. d.	Gangraen. pulp. total. et abscess. apical.	3h 40'—1 Pr. 3h 45'—extr.	Nem fájdalmas
22	M. József hivatalnok 45 éves	Praem. II. s. s.	Pulpit. chron. gangraen. et periodont. acut. magin.	10h 20'—1 Pr. 10h 25'—extr.	Nem fájdalmas
23	V. István bölcsészet h. 25 éves	Mol. I. i. d.	Pulpit. acut. partial.	2h 35'—1 Pr. 2h 38'—extr.	Nem fájdalmas
24	W. Rajnald műegy. hallg. 21 éves	Mol. I. i. d.	Pulpit. chron. parenchym.	3h 15'—1 Pr. 3h 18'—extr.	Nem fájdalmas
25	„	Mol. II. i. d.	Pulpit. acut. total.	4h 10'—1 Pr. 4h 13'—extr.	Kisfokú fájdalom
26	K. Gusztávné magánzónő 52 éves	Praem. I. s. d.	Pulpit. chron. parenchym.	3h 15'—1 Pr. 3h 18'—extr.	Nem fájdalmas
27	N. Josephine házileány 17 éves	Causa s. s.	Regulationis causa	2h 25'—1 Pr. 2h 28'—extr.	Nem fájdalmas
28	„	Mol. II. s. s.	Pulpit. chron. parenchym.	2h 35'—1 Pr. 2h 38'—extr.	Nem fájdalmas
29	N. Antal orvost. hallg. 24 éves	Mol. II. i. d.	Gangraen. pulp. total. et periodont. chron. diffusa	2h 45'—1/2 Pr. 2h 48'—extr.	Nem fájdalmas
30	S. Zsigmond műegy. hallg. 22 éves	Praem. I. s. d.	Pulpit. chron. parenchym.	2h 27'—1/2 Pr. 2h 32'—extr.	Kisfokú fájdalom
31	G. Vilmos bölcsész. h. 23 éves	Mol II. s. d.	Pulpit. chron. parenchym.	2h 50'—1/2 Pr 2h 53'—extr.	Kisfokú fájdalom
32	F. Kornél joghallgató 20 éves	Praem. I. s. s.	Pulpit. acut. totalis	2h 47'—1/2 Pr. 2h 50'—extr.	Nem fájdalmas
33	Cz. Kálmán mérnök 23 éves	Mol. I. i. d.	Pulpit. acut. partial.	10h 15'—1 Pr. 10h 20'—extr.	Nem fájdalmas
34	„	Mol. II. i. d.	Pulpit. chron. parenchym.	10h 28'—1 Pr. 10h 33'—extr.	Nem fájdalmas
35	„	Praem. I. s. d.	Pulpit. chron. gangraen.	2h 20'—1 Pr. 2h 25'—extr.	Nem fájdalmas
36	Sz. Sándor joghallgató 22 éves	Mol. I. i. s.	Gangraen. pulp. total. et periodontitis chronica diff.	3h 28'—1 Pr. 3h 31'—extr.	Nem fájdalmas
37	F. Kornél joghallgató 20 éves	Praem. II. s. s.	Pulpit. acut. part. purul.	2h 26'—1 Pr. 2h 30'—extr.	Kisfokú fájdalom
38	K. Mari magánzónő 25 éves	Praem. I. s. s.	Pulpit. acut. total.	3h 15'—1 Pr. 3h 18'—extr.	Kisfokú fájdalom
39	D. Lujza varrónő 23 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. chron. parenchym.	3h 28'—1 Pr. 3h 31'—extr.	Nem fájdalmas
40	L. Róza cseléd 16 éves	Mol. II. s. d.	Pulpit. acut. total.	4h 45'—1/2 Pr. 4h 48'—extr.	Fájdalmas
41	D. Vilmos joghallgató 20 éves	Praem. II. s. s.	Pulpit. acut. partial.	2h 45'—1/2 Pr. 2h 48'—extr.	Nem fájdalmas
42	Sz. Lászlóné szabó neje 26 éves	Mol. II. i. d.	Gangr. pulp. total. et periodont. acuta diffusa	2h 50'—1 Pr. 2h 55'—extr.	Nem fájdalmas
43	M. János műegyet. h. 19 éves	Mol. II. s. d.	Pu'pit. acut. total.	3h 20'—1 Pr. 3h 25'...extr.	Nem fájdalmas
44	L. Zoltán joghallgató 21 éves	Praem. II. s. d.	Pulpit. chron. gangr.	3h 16'—1 Pr. 3h 19'—extr.	Nem fájdalmas
45	Sz. Sándor joghallgató 22 éves	Mol. I. s. d.	Pulpit. acut. part.	2h 5'—1 Pr. 2h 10'—extr.	Nem fájdalmas
46	Ny. Károly kereskedő 45 éves	Mol. II. s. d.	Necros. rad. total.	10h 40'—1 Pr. 10h 45'—extr.	Nem fájdalmas
47	S. Róza tanuló 16 éves	Praem. II. s. d.	Pulpit. acut. part. pural.	4h 10'—1 Pr. 4h 15'—extr.	Fájdalmas
48	B. Győző orvost. hallg 19 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. chron. parenchym.	5h 40'—1 Pr. 5h 45'—extr.	Nem fájdalmas

Sz.	Beteg neve stb.	Megbetegedett fog	Diagnosis	Műtét	Eredmény
49	Sz. Gyula tanuló 18 éves	Praem. II. s. d.	Pulpit. chron. gangr. et abscessus alveo. circumscript.	6h 10'—1 Pr. 6h 15'—extr.	Kisfokú fájdalom
50	N. Sándorné varrónő 22 éves	Mol. II. s. d.	Pulpit. chron. gangraen.	6h 23'—1 Pr. 6h 28'—extr.	Kisfokú fájdalom
51	Sz. Lajos nőszabó 18 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. acut. partial.	6h 42'—1 Pr. 6h 47'—extr.	Nem fájdalmas
52	J. Angela cseléd 19 éves	Mol. I. i. d.	Pulpit. acut. partial.	5h 45'—1 Pr. 5h 48'—extr.	Kisfokú fájdalom
53	Sz. István munkás 45 éves	Mol. III. s. d.	Pulpit. acut. partial.	6h 5'—1 Pr. 6h 8'—extr.	Nem fájdalmas
54	L. János munkás 22 éves	Mol. II. i. d.	Gangr. pulp. total.	6h 13'—1 Pr. 6h 18'—extr.	Nem fájdalmas
55	V. Mária cseléd 26 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. chron. parenchym. et periodont. acut. margin.	6h 30'—1 Pr. 6h 55'—extr.	Nem fájdalmas
56	L. Gyula orvost. hallg. 22 éves	Mol. III. s. s.	Pulpit. chron. parenchym.	5h 45'—1 Pr. 5h 48'—extr.	Nem fájdalmas
57	A. Lujza cseléd 23 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. acut. total.	6h 2'—1 Pr. 6h 5'—extr.	Nem fájdalmas
58	V. Demeterné szabónő 30 éves	Mol. III. i. s.	Pulpit. acut. total.	6h 15'—1 Pr. 6h 18'—extr.	Nem fájdalmas
59	N. Sándorné varrónő 22 éves	Mol. II s. s.	Necrosis rad. total.	6h 22'—1 Pr 6h 25'—extr.	Nem fájdalmas
60	N. János kereskedő 45 éves	Mol. II. i. d.	Pulpit. acut. total.	3h 10'—1 Pr. 3h 13'—extr.	Nem fájdalmas

Összesen *60 esetről* van szerencsém a t. szakosztálynak referálni és pedig, mint a fentebbiekből látható, *45 esetben teljes*, *13 esetben nem teljes* eredménynyel, *2 esetben* pedig eredménytelenül kisérleteztem. Az egyes megbetegedések szerint nézve az eredményt, látjuk, hogy *pulpitis acuta partialis* 7 esetében nem fájdalmas volt 6-szor, kis mértékben fájdalmas 1 izben. *Pulpitis acuta partialis purulenta* egyik esetében határozott fájdalommal, a másik esetben kisfokú fájdalommal járt az extractio. *Pulpitis acuta totalis* 9 esetében nem fájdalmas volt 5-ször, kis mértékben fájdalmas 3-szor és nagy mértékben fájdalmas 1-szer. *Pulpitis chronica parenchymatosa* 16 esetében 12-szer volt nem fájdalmas és 4-szer kissé fájdalmas a műtét. *Pulpitis chronica hypertrophica granulomatosa* 1 esetében az extractio nem járt fájdalommal. *Pulpitis chronica gangraenosa* 8 esetében 5-ször volt nem fájdalmas a műtét, 3-szor kis mértékben fájdalmas, ezek közül 1 esetben azonban heveny periodontitissel volt párosulva a bántalom. *Gangraena pulpae totalis* 6 esetében mindig teljesen fájdalom nélkül járt a műtét, úgyszintén *necrosis radicis totalis* 9 esetében. *Periodontitis acuta marginalis* 2 esetében fájdalom nélkül járt a műtét. *Periodontitis acuta diffusa* 2 esetében 1-szer semmi fájdalmat, 1 izben kisfokú fájdalmat okozott az extractio. *Periodontitis chronica diffusa* 2 esetében is teljes volt az érzéstelenség. *Abscessus alveolaris circumscriptus* 1 esetében kisfokú volt a fájdalom, *abscessus apicalis* 1 esetében ellenben teljes volt az anaesthesia.

Különösen fontosnak tartom azt hangsúlyozni, hogy sem az extractiónál, sem az után kellemetlen mellék-, illetve utóhatást soha nem észleltem, kivéve, hogy néhány esetben az extractiót követő napon az extrahált fognak megfelelőleg az arczon kisfokú oedematosus duzzanatot láttam, mely duzzanat azonban fájdalommal soha nem járt és minden orvosi beavatkozás nélkül 1—2 nap alatt magától visszafejlődött.

Összefoglalva az elmondottakat, azt látjuk, hogy az anaesinben oly új helybeli érzéstelenítőt nyertünk, mely általában véve az extractióval járó fájdalmat csökkenti, a legtöbb esetben teljesen megszünteti és ha vannak is egyes kivételes esetek, a mikor a kivánt eredmény, t. i. az érzéstelenség nem áll be, ezt idiosynkrasiának is lehet betudni, a mely, mint tudjuk, nemcsak a cocainnál és tropacocainnál, hanem számos más gyógyszernél is befolyásolja a hatást. De ha fontolóra veszszük azon már előbb is hangsúlyozott körülményt, hogy a többi helybeli érzéstelenítő szer erélyes méreg és ha tekintetbe veszszük továbbá, hogy a magánpraxisban a beteg határozott kivánsága folytán is sokszor vagyunk kénytelenek érzéstelenítő szer alkalmazásával végezni a műtétet, azt hiszem, úgy a saját mint a beteg érdekében is örömmel kell fogadnunk az oly szert, melynek tagadhatatlan érzéstelenítő hatásán kivül azon *kiváló* és *legfontosabb* előnye van, hogy az emberi szervezetre nézve különben nem káros hatású, de még kellemetlen melléktünetekkel sem jár.

Közlemény a kir. tud. egyetemi bőrkórtani klinikáról. (Schwimmer Ernő tanár.)

Az extragenitalis syphilis infectiók.

Weiner Emil orvostanhallgatótól.

(Vége.)

III. *Syphilis technica.*

A harmadik nagy osztályt alkotja a syphilis technica. Ide sorozzuk a syphilisszerzésnek azon módjait, midőn *orvosok, bábák* működésük kifejtésénél vagy acquirálják a luest, vagy pedig inficiálják (akár direct, akár indirect úton) azon egyént, kin a műtétet vagy beavatkozást végzik. Az extragenitalis fertőzési módok legszomorúbb fejezete ez. Ime itt egy példa:

Az orvos, ki akkor, midőn betegét bajától meg akarja szabaditani — fertőzi önönmagát. Bujakórt szerez, egy bántalmat, mely igaz, hogy néha könnyű, de gyakran súlyos, sőt életveszélyes tünetek között jelentkezik, egy bántalmat, melyet bárhogyan s bármeddig is kezel, nem biztos arról, hogy kigyógyult belőle. Syphilist acquirált, mely első sorban veszedelmes arra nézve, ki azt viseli. Hiszen ma már tudjuk, hogy agy, hátgerincz, véredények, a tüdő, máj, vese mind székhelyei lehetnek a syphilisnek s tudjuk, hogy hányan pusztulnak el ezen nemesebb szervek megbetegedésében. Másodsorban veszedelmes az utódokra. Végül a társadalomra magára is. Hogy csak egyet említsünk: a virus továbbadása, az infectio miatt.

Nem hiába kiáltott fel *Parent-Duchâtelet*[1] ezelőtt 60 esztendővel: „Nincs súlyosabb, nincs veszedelmesebb bántalom a syphilisnél Nem hinném, hogy valótlant mondok, ha azt állitom, hogy mindama járványok, melyek időnként felkeresik a népeket, elenyészők azon pusztításokhoz képest, melyet a syphilis visz véghez.“

A) Midőn orvosok, bábák *acquirálják* a syphilist.

Ennek legszebb példája talán az, melyet *Fournier* párisi tanár hallgatóinak évente el szokott beszélni. Egykor jött

[1] *Parent-Duchâtelet*, Cit. Fournier „Prophilaxie publique de la syphilis“ czimű munkájában.

hozzá egy fiatal franczia orvos typikus ajaksclerosissal. Fourniernek az actiologiára vonatkozó kérdéseire az orvos semmit sem tudott válaszolni. Egy hét mulva azonban — midőn ismét felkereste a tanárt — eszébe jutott, hogy a szünidő alkalmával nyaralója lugasában olvasgatott, midőn e helyen meglátogatta őt egy syphilitikus paciense. Ő ekkor a beteg szájnyálkahártyáját akarta megnézni s másnak hiányában papirvágó ollóját használta spatula gyanánt. Később, midőn már a beteg eltávozott, tovább olvasva, ollóját szórakozottságból szájába vette, s igy fertőzte ajakát. Egy másik franczia syphilidolog, *Leloir*[1] egy orvoson, ki luetikus ujjszülött csecsemőnél — száját a csecsemő szájához érintve — insufflatiót végzett, észlelte a syphilis első nyilvánulását az ajkakon.

A *szemhéjon* orvosok úgy acquirálták a syphilist, hogy betegeik a száj- vagy gégevizsgálat alatt — erős köhögési roham által ingereltetvén — szembeköpték őket. Igy *Debeck*[2] 94 szemhéjsclerosis észlelete közül hatot látott orvosokon. Mind a hat a garat ételésénél az orvos szemébe köpött nyál útján keletkezett.

A *tonsillasclerosisokat* illetőleg *Taylor*[3] közöl egy a Leloiréval megegyező érdekes esetet, midőn egy orvostanhallgató tetszhalott, syphilis hereditáriában szenvedő csecsemőnél szájból szájba való átfúvás által élesztési kisérleteket tett s ez alkalommal jobb tonsilláján inficiálta magát.

A *végtagok* közül a felső végtagokon és pedig a *kéz* és *ujjakon* a leggyakoribbak az infectiók. A fertőzésre e helyeken *Fournier*[4] szerint — ki még csak nemrég azt irja, hogy 10,000 sclerosis közül negyvenkilenczet látott a kézen, negyvenkettőt férfinál s hetet nőnél — első sorban az orvosi foglalkozás adja meg az alkalmat és csak másodsorban a venerikus genitaliák erotikus fogdosása s harmadszor a harapás, mint erről már fentebb szólottunk.

A szülésznői foglalkozásokból kifolyó infectiónak szép példányát észleltük a bőrkórtani klinikán. A mult esztendő november havában ugyanis egy 48 éves szülésznő kereste fel a klinikát azon panaszszal, hogy jobbkezének mutatóujján kelése van. A kórisme sclerosis et oedema indurativum digiti indicis manus dextrae; intumestentia glandularum; syphilis maculo-papulosa squamosa; angnia specifica volt. Az aetiologiát illető kérdésekre azt felelte, hogy 13 hét előtt halvaszületett magzat születésénél segédkezett s ez alkalommal ujját megszúrta.

B) Midőn orvosok, bábák *transplantálják* a syphilist.

Itt két esetet különböztetünk meg: 1. az opereteur luetikus s inficiálja betegét; 2. az operateur eszközével viszi át betegeire a syphilis virusát.

Az első esethez tartozó fertőzések — midőn tehát a kezelő direct úton inficiál — gyakoriak a *szemhéjakon*.

Baudry[5] szerint egy bujakóros ápolónétól kapta szemhéjsclerosisát két conjunctivitis blennorrhoicában szenvedő gyermek oly módon, hogy az ápolóné megnyálazott ujjával törülte ki a genyes váladékot a gyermekek szeméből.

A szemhéjon a leggyakrabban kuruzslók szoktak inficiálni. Egész csomó ide tartozó észleletet ismerünk. Különösen Oroszországban és pedig annak keleti részében mindennaposak az ilyen fertőzések. Mennél műveletlenebb a nép, annál szokásosabb, hogy ha valakinek a szemébe esik valami, vagy hogy ha bármiféle szembántalma van: elmegy a „csodaasszonyhoz“ és kinyalatja vele a szemét. Hogy milyen könnyen történhetik ilyenkor infectio, azt mutatják *Buch* finn orvos (3 szemhéjsclerosisos közül 2 kinyalás, 1 nyálazott ujjal való szemvizsgálat által kapta baját; mind a hármat ugyanaz a javasasszony fertőzte) s *Pospelow*[6] moszkvai syphilidolog közleményei. Utóbbi egy 36 éves orosz parasztot észlelt, kinek az árpacséplésnél idegen tárgy jutott a szemébe s az előhivott kuruzsló asszony a tárgyat eltávolitandó, kinyalta a beteg szemét. A paraszt szemfájdalmai azonban a helyett hogy mulottak volna, még növekedtek s a szabályos incubatio leteltével a szemhéj szélén elsődleges fekély, majd a közeli mirigyek duzzanata, majd pedig roseola specifica lépett fel.

Mindezen észleletek azonban, sőt *Mursin* (Moszkva), *Debeck* (Ohio) észleletei is elenyészők a *Tepliatschin*-éihez képest.[1] Egy orosz faluban ilyen módon létrejövő egész epidemiáról beszél. Egy kuruzsló asszony 34 nőt fertőzött, 13—45 év közöttieket, kik különböző szembaj miatt mentek hozzá gyógyulást keresni.

Egész meseszerű az infectiónak az a módja, melyet egy fiatal ember mesélt el *Righternek*,[2] midőn a bal *fülkagylóján* levő elsődleges fekélyével kereste fel őt. Barátjával együtt — kissé többet iván a rendesnél — sétálni mentek le az utczára. Barátja, kinek roppant jó kedve volt, czigarettával megégette őt a bal fülén. Betegnek roppant fájt az égés helye s kiabálni kezdett, mire egy arra menő előtte ismeretlen ember angol tapaszt vett elő tárczájából, s azt neki felajánlta. Miután ő ezt elfogadta, az idegen a tapaszt megnyálazta s a sebre reáillesztette. Négy hét mulva az égés helyén sclerosis jelentkezett.

A *penisen circumcisio* által jön létre az extra coitum infectio. Ugyanis a műtő a körülmetélés után vagy a szájába vett borral locsolja le a circumcindált helyet, mint az ma is szokásos, vagy pedig a szájába veszi a csecsemő penisét s azt kiszopja, mint azt régebben tették mindenütt s itt-ott még ma is végzik.[3] Igy Multanowsky[4] közleménye szerint 8 orosz zsidó csecsemő kapott syphilist a penisén az által, hogy a műtő a penist, körülmetélés után szájába véve kiszopta.

A *második csoportba* tartoznak azon fertőzési módok, midőn *orvosok, műtők eszközeikkel*, tehát *indirecte* viszik át betegeikre a syphilis virusát.

Ide tartozó infectiót már 1599-ben észleltek. Ez évben ugyanis *Diomedes Cornarus* azt irja, hogy *köpölyözés* által létrejött epidemiát észlelt, mely mindig a köpölyözött helyen fellépő daganattal kezdődött. Az autorok véleménye szerint ezen epidemia syphilisjárvány volt.

Foghúzás útján létrejött syphilisinfectiót észleltek klinikánkon. 1893. év augusztusában egy 36 éves férfi kereste fel az egyik sebészeti ambulatoriumot, hol állalatti mirigyduzzanatról panaszkodott. Itt a mirigyet felvágták, jodoform-gaze kötést tettek reá s a seb hamar begyógyult. Ekkor a betegen exanthemát vettek észre s elküldték a bőrkórtani klinikára. Nálunk syphilis cutanea gummosát, erős angina lueticát, kétoldali iritist s polyadenitist találtak nála. Az anamnestikus adatokra vonatkozó kérdésre beteg azt válaszolta, hogy egy éjjel óriási fogfájása lévén, fogorvoshoz ment, ki a rossz fogát kihúzta. Azonban a fognak a medre nem akart sehogy sem begyógyulni. Pár hét mulva bajával elment egy másik fogorvoshoz, ki értésére adta, hogy őt az orvosa inficiálta azon alkalommal, midőn fogát kihúzta. Midőn nálunk járt, sem a fogmeder szélén, sem a környéken elváltozást már nem észleltünk. Feltünt ez esetben, hogy patiens súlyos syphilisben szenvedett s csak igen erélyes bedörzsölési kurára gyógyult meg. *Petersen* az orosz syphilidologok egyesületében egy tonsillasclerosisos beteg bemutatása kapcsán a következőket beszélte el: 1884. deczember 18-dikán egy szentpétervári kereskedő jött hozzá s torokbántalomról panaszkodott. Petersen alapos vizsgálat után a jobb tonsillán sclerosist kórismézett. Az anamnesisre vonatkozó kérdéseire beteg felvilágositást nem tudott adni, csak annyit jegyzett meg, hogy nejének is van valami baja a foghúsán. Pár nappal később deczember 22-dikén betegnek nejét megvizsgálván, ennek foghúsán a felső bal szemfognak megfelelőleg elsődleges fekélyt talált. Hogy kapta a férfi nejétől syphilisét, az nem volt kipuhatolható. Csók, közös evő-ivóeszköz, vagy más valami közösen használt házi eszköz vihette az átvivő szerepet. A nőnél azonban Pospelow

[1] *Leloir*, i. h.
[2] *Debeck*, Annales de derm. et de syph. 1887.
[3] *Taylor*, Annales de derm. et de syph. 1885.
[4] *Fournier*, La Semaine Médicale 1893.
[5] *Baudry*, Arch. d'ophthalmolog. 1885.
[6] *Pospelow*, i. h.

[1] *Tepliatschin*, Wratsch. 1887.
[2] *Righter*, Ref az „Archiv f. Derm. u. Syph.“-ben 1893.
[3] *Lewentaner*, Ueber Beschneidungsyphilis 1887.
[4] *Multanowsky*, Ref. Wratsch 1886.

több mint valószinűnek vette fel azt, hogy fogorvostól, ennek eszköze által lett fertőzve, miután rövid idővel azelőtt egy szentpétervári fogorvos a sclerosisos foghús környékén végzett műtétet. A következő év január 25-dikén az asszony fiút szült. Luesnek semmi jele. Február 17-dikén a gyermekhez hivják Petersent. A kicsinek ekkor erős rhinitise volt véres secretióval, az orr válaszfalai kifekélyesedtek s a köztakaró papulás exanthemával volt boritva. A syphilis azonban még nem vette végét a csecsemőben. 1885. nyarán a gyermek dajkája betegedett meg. A bal csecsbimbóján volt ulcus induratuma. Petersen ekkor a gyermeket ismét látva, ajkán plaque muqueuse-t talált.

A garaton nem ritkák azon fertőzések, melyek a tuba Eustachii környékén teszik le a syphilis virusát s a melyek megelőzőleg luetikusnál használt s felületesen vagy épen nem desinficiált tubacatheter által jönnek létre. *Lancereux*[1] emlit egy 53 éves öreg urat, ki rossz hallása miatt fülorvost keresett fel. Az orvos a beteg Eustach-kürtjét catheterezte s mindjárt az első alkalommal fertőzte, a mennyiben az incubatio leteltével garatján sclerosis mutatkozott, melyet Lancereux diagnostizált s kezelt. *Burowhoz*[2] pár napi időközben hat beteg jött garatsclerosissal; mind a hat beteget ugyanaz a fülorvos fertőzte tubacatheterrel.

A törzsön *Róna*[3] észlelt *köpölyözés* által létrejött infectiót. Az eset a következő: 1883 ban egy 53 éves nős földmives jött rendelésére. Betegnek 4 elsődleges fekélye volt és pedig egy-egy a jobb és bal lapocz felett, kettő az alszáron a jobb fibula fejecsének megfelelőleg. Az anamnesis kideritette, hogy beteg egy fővárosi fürdőben azon a négy helyen, hol a sclerosisok ültek, véres köpölyöket kapott. Beteg először nejét inficiálta genitalis úton, majd fiát és nénjét extragenitalis úton, valószinűleg közös evő- és ivóeszközök használata által.

A felkarokon *vaccinatio* útján észlelték a syphilis átterjedését. Az alábbiakban *Bergh*[4] nyomán röviden összefoglaljuk az oltási syphilisről szóló mai ismereteinket. A fertőzés az orvos eszköze által történik, hová különböző módon juthatott a virus. És pedig fertőzötté válhatik az eszköz az által, hogy az oltótörzs luetikus. Valószinű ugyan, hogy a tiszta nyirok nem közvetiti a syphilist, de nagyon gyakran — mint ezt először Viennois (1860.) emliti — a nyirokhoz vér is keveredik vagy pedig a vaccina-hólyag alapjáról származó detritus jut hozzá (Köbner 1870.). Igy lehetne azután megoldani azt a kérdést, hogy miért menekülnek meg egyesek, mig mások nem; egyszerűen azért, mert a hólyag tartalma vér esetleg detritus tekintetében változó. Másodsorban történhetik a fertőzés úgy, hogy tömeges beoltásoknál a beoltottak között van luetikus gyermek. Végül az orvos által. És pedig 1. ha annak plaque muqueuse-ei vannak s nyálával a nyirkot higabbá teszi, 2. ha nyálával a tűt megnedvesiti, 3. ha a nyirkot egy csőből kifújja. (Hausmann észlelete 1885.) Az oltási syphilist rendesen tömeges oltásoknál észlelték, mert ekkor a nagy sietségben az orvos a tű megtisztitása nélkül oltja be egymás után az egyéneket.

Ilyen módon létrejövő egész kis vaccinalis syphilis endemiákat inak le. Igy *Kocevar*[5] leirja a St. Hareini syphilisjárványt, hol 31 gyermeket fertőzött ilyen módon az orvos. A gyermekektől 19 anya, 11 gyermek, 2 nagymama, 2 cseléd s 1 atya kaptak extragenitalis úton luest. *Gallia*[6] Olaszországban lefolyt syphilisepidemiáról tesz említést. Hazánkban *Kaczander*[7] észlelt 1858-ban védhimlőoltás nyomán kis syphilisendemiát egy Miskolcz melletti faluban. Néhány évvel ezelőtt pedig egyik nagyobb alföldi városban az orvos 270 embert fertőzött. A járvány kiinduló pontjául egy kétes egészségü oltótörzs szolgált.[8]

[1] *Lancereux*, Union médicale Paris 1886.
[2] *Burow*, Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1885.
[3] *Róna*, Gyógyászat 1890.
[4] *Bergh*, Monatshefte f. prakt. Derm. 1888.
[5] *Kocevar*, Allgem. Wiener med. Zeit. 1870. Cit. Kohn i. h.
[6] *Gallia*, Monatsh. f. prakt. Derm. 1885.
[7] *Kaczander*, Cit. Róna, Bujabetegségek 1894.
[8] *Cit. Róna*, Ibidem.

Az *ujjon* előforduló infectiónak szép esetét láttuk a bőrkórtani klinikán. 1895. szeptemberében 19 éves orvostanhallgató jött a rendelésre s bőrkiütésről panaszkodott. Az elváltozás exanthema syphiliticum papulosum volt s ezt megállapitva kerestük az elsődleges laesiót. Beteg sclerosis előremenetelét tagadja; „neki még csak tripperje sem volt". Feltünt azonban az, hogy jobb karja fel volt kötve. Beteg azt állitja, hogy ott kis panaritium van. Az állitólagos panaritium megvizsgálása után kiderült, hogy az sclerosis. Az aetiologiára vonatkozólag előadja beteg, hogy 2 hó előtt bal kezének mutatóujján a sclerosis helyén kis felhámfoszlása volt, melyet több helyütt *sondával, késsel, ollóval beavatkozás által gyógykezeltek*. Gyógyhajlamot azonban az elváltozás nem mutatott. Az infectio úgy történt, hogy az orvos ezen hámfosztott helyet tisztátalan eszközzel fertőzte.

A *czombon bőrtransplantatio* által létrejött syphilisinfectiót ir le *Deubel*.[1] Egy 49 éves férfiúnak, kinek előrement erysipelas után a czombján nagy folytonossághiánya volt, 11 egyéntől összesen 73 darab kis bőrrészletet transplantáltak. Kis idő mulva a transplantatio helyén sclerosis; 6 héttel később általános tünetek mutatkoztak. A fertőzés után kutatva, kiderült, hogy azon egyének egyike — és pedig épen a betegnek fia, kitől a bőrdarabkákat vették, luetikus volt.

Meg kell még emlitenünk, hogy *Diday* után többen *élő állatok* (pulex, cimex, pediculus, sarcoptes scabiei) általi infectiót irnak le. E tekintetben teljesen egyetértünk azokkal, kik azt állitják, hogy a fertőzés itt nem directe ezen parasiták által történik, hanem oly módon, hogy a parasiták által feltételezett viszketés okozta vakarás következtében előálló laesiók, a virus felvételére kényelmes kapuul szolgálnak. Elfogadhatjuk e magyarázatot egy mindennapi tapasztalat alapján. T. i. akárhányszor látjuk, hogy scabieses betegek, kiknél a penis köztakaróján excoriált scabies pustulák vannak, 3—4 hét mulva — midőn scabiesükből már rég kigyógyultak — visszajönnek a rendelésre az excoriatio helyén ülő sclerosissal.

Ezekben meritettük ki azon módokat, melyek által létrejött extragenitalis syphilisinfectiókat részben az irodalomban irtak le, részben pedig magunk észleltünk. A név, melylyel ezen fertőzéseket jelölik, a különböző nemzeteknél különböző. A franczíák „syphilis non meritée"-ről beszélnek elég helytelenül (csak nem gondolják talán „syphilis meritée"-nek a másikat), az angol és amerikai autorok ugyanoly értelemben „Syphilis in the innocent", „Syphilis insentium"-ról, a németek végre „nicht venerische Syphilis" vagy tréfásan „Syphilis ohne Genuss"-ról tesznek említést. Nekünk nincs erre kifejezésünk s részünkről azt ajánljuk, hogy maradjunk meg a latin, a fogalomnak teljesen megfelelő kifejezésnél, az „extragenitalis syphilisinfectio" névnél.

Végül legyen szabad még e helyen mélyen tisztelt mesteremnek *Schwimmer* tnr. úrnak őszinte köszönetemet fejezni ki azon szives támogatásért, melylyel az anyagot rendelkezésemre bocsátotta, s azon érdeklődésért, melylyel munkám haladása iránt viseltetett.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Magyar dermatologusok és urologusok egyesülete.

(IX. ülés 1896. évi november hó 19-dikén.)

Elnök: **Schwimmer Ernő**; jegyző: **Basch Imre.**

Lupus és orbáncz esete.

Schwimmer Ernő: M. M., 14 éves. Szülők és testvérek élnek és egészségesek. Bántalom kora gyermeksége óta áll fenn. A kórházba való bejövetelekor (egy év előtt) a jobb áll alatti megnagyobbodott mirigyek ki voltak fakadva és a megnyilás helyén felhányt szélű, bőven genyet elválasztó renyhe sarjakkal fedett fekélyek voltak láthatók. Hasonlóképen szövettúltengések voltak jelen, a mint azt a lupus hypertrophicusnál látni szoktuk, a jobb halánték felső részén, a jobb és bal arcz-

[1] *Deubel*, Gaz. Lebdom. 1881.

félen, továbbá a bal fül mögött, az orrháton, továbbá az orrszárnyakon és az ezek szomszédságában levő bőrrészleteken is fekélyesedő folyamatok voltak jelen, melyek utóbb szövettúltengésekre vezettek. A roncsoló folyamatok az orr csonkultságát eredményezték.

Jelen állapot: Az orrhát és orrszárnyakból megmaradt részek pirosan elszínesedettek; ép úgy az orr szomszédságában kétoldalt a bőr halvány pirosan elszínesedett kemény hegszövetet mutat. Jobboldalt a hegszövet széle felhányt, sötétpiros, helyenkint hámtól fosztott göbcsékből összefolytnak látszik. A bal arcfélen régibb hegszövet mellett a bőr szintje fölé emelkedő frissebb hegedések észlelhetők; hasonlóak vannak, bár felhámtól fosztva, a bal fül alatt. A jobb áll alatt a kifakadt mirigyek megnyilási helyén képződött fekélyek nyomán csikszerűen haladó túlburjánzások láthatók.

Beteg rövidesen kórházba jövetele után orbánczot kapott az arczán, azonban ezen kóros folyamatnak az említettünk lupusos elváltozásokra semminemű hatása nem volt. Orbáncza miatt négy hétig volt az orbánczos osztályon.

Elsődleges mandolafekély.

Schwimmer Ernő: K. L. 14 éves, tanuló. Bántalma állítólag három hét előtt kezdődött, a mennyiben az akkor fellépett küteg folytán, továbbá mandolabántalma miatt vezették orvoshoz. Ekkor ugyanis a jobb mandola csonkján, egy év előtt mandoláit műtét útján eltávolították, fekélyes folyamatot vettek észre; továbbá jobb áll alatti mirigyei erősen megduzzadtak. A vizsgálatnál a következő statust vehettük fel: Az orrsövény jobboldalán, az orr bemeneti nyilásánál egy fekélyedés látható, melynek alapja kemény pörkkel fedett. Ez lehetett a primaer elváltozás és az orrnyák fertőzhette a helyenként felhámtól fosztott mandolacsonkot. A mandolacsonkon észlelhető fekély félkrajczárnyi szalonnás alapon. A küteg roseola syphilitica volt.

Justus Jakab a betegnél vérvizsgálatot csinált és azt találta, hogy a próbakép végzett bedörzsölésre a haemoglobin-tartalom nem süllyedt, minthogy a tünetek, melyek a betegen észlelhetők voltak, már visszafejlődésnek indultak, sőt némely helyen egészen vissza is fejlődtek.

Marschalkó Tamás szerint az extragenitalis syphilis-infectióknál nehezebb a sclerosis diagnostizálása, ha a küteg még nincs jelen. Külföldi tartózkodása alatt két ilyen esetet észlelt, mindkettőnél carcinomára gondoltak. Egy orvos mandola-sclerosist acquirált. Megoperálták. Meghalt az operatio következtében. Másik esetben már a műtét napja is meg volt állapitva, midőn beteg egy eruptiót kapott, mely lehetségessé tette a bántalom felismerését,

Basch Imre utóbbi időben egy beteget észlelt, ki a penisén levő sclerosis szerzéséért a praeternaturalis coitust okozza. Észlelt azonkivül szemhéji sclerosist is.

Török Lajos szerint az extragenitalis infectio a munkások között nem gyakori.

Vajda mandolachankert látott kis leányon, melyet a bátyjától kapott.

Nékám Lajos kérdezi, hogy a Schwimmer tanár által bemutatott esetnél mennyi idővel előzhette meg az orrchanker az annak következtében származott mandolachankert, minthogy *Barthelemy* szerint csak bizonyos ideig képes saját fekélyének váladéka az egyént fertőzni. Kérdezi bemutatót, észlelt-e olyan fekélyeket, melyek orvosi beavatkozásra jöttek létre.

Schwimmer Ernő szerint a virus itt úgyszólván egy időben fertőzte az orrt és mandolát. Orvosi beavatkozásra keletkezett fertőzést látott.

Justus Jakab az incubatio tartamát illetőleg Nékámnak azt válaszolja, hogy erre nézve van Deutschnak egy adatja, mely szerint bubogenynek négy héttel a sclerosis fellépte után a czombra való oltása (a megfelelő incubatio leteltével) kemény fekélyt eredményezett.

Weiner (vendég) Schwimmer tanár osztályán észlelt nemrég egy tonsilla chankeres technikust, kit hetekig kezeltek tonsillitis ellen egy gégészeti ambulatoriumban. Beteg syphilisét cunnilinguitas útján acquirálta.

Lichen papulo-oedematosus esete.

Sarbó Arthur (vendég): Két év előtt Róna osztályán megvizsgálta a már egy izben bemutatott beteget s akkor paralysis progressivára gondolt. A napokban újra megvizsgálta Schwimmer osztályán, mely alkalommal a paralysisnek semmiféle jelét nem találta. A pruritust neurologiai szempontból tárgyalva a következőket jegyzi meg. Utóbbi időben több esetet látott, hol a paralysis kezdeti stadiumában pruritus volt jelen. Ez a viszketés egy esetben sem volt localis, hanem mindig általános, az egész testre kiterjedő viszketés volt. Az irodalomban ilyen esetről nem tesznek említést. Azt, hogy eddig ilyen eseteket nem észleltek, úgy magyarázza, hogy a beteg viszketése miatt rendesen a bőrgyógyászhoz megy s csak később, midőn viszketése már csillapodott, jut a neurologus kezelése alá. Ő ezen pruritust corticalis tünetnek nézi és azt mondja, hogy a corticalis sejteknek izgalma által idéztetik elő.

Török Lajos szerint a fennálló folyamat lichenes természetű.

Róna Sámuel: Beteg két év előtt nála feküdt universalis pruritussal. Akkor egyes különálló, oedemás göcsök voltak homlokán. Diagnosis gyanánt *pruritus universalist, consecutiv lichenificatiót* vett fel.

Górcsövi készítmény bemutatása.

Deutsch Arthur: Ducrey-féle bacillusok „Chancre mixte"-ban. A Schwimmer szt. István-kórházbeli bőrbeteg osztályán a lágy- és kemény-fekélyek genyének és szövetének mikroskopiai és bacteriologiai vizsgálata során nyert eredmények egyikét van szerencsém bemutatni. A bemutatandó mikroskopiai lelet egy ú. n. kevert chancerből ered, melynek genyében és a felületéről vett vakarékban a Ducrey-féle lágyfekély-bacillust olvasószerű elrendeződésben, typikus alakjában, tömegesen találtuk. Az irodalomban először *Krefting* [(„Ueber Chancre mixte, sowie eine Bemerkung über Finger's Auffassung des Ulcus molle.") Monatshefte für practische Dermatologie 1895, Band XXI. Nr. 9. Pag. 434.] majd *Buschke* (Ueber Pathogenese des weichen Chancres und der venerischen Bubonen, Verhandlungen der deutschen Dermatologischen Gesellschaft, V. Congress 1896, pag. 529) tesznek említést ilyen leletről és mi már a bubókról szóló dolgozatunkban is említést teszünk ilyen esetről, mely azóta már az ötödik. Ezen vizsgálati adatok nem csak macroscopice, hanem mikroskopice is a *Rollet* által felvett „Chancre mixte" lehetősége mellett tesznek tanuságot.

Hydrocele communicans funiculi spermatici esete.

Feleki Hugó: A 17 éves fiatal embernél a herezacskó jobb felében egy térfogatát jelentékenyen változtatni képes és a galambtojás és lúdpete nagysága között ingadozó térfogatnagyobbodást találunk, melyet a beteg gyermekkora óta észlel. Ezen kóros képlet az ondózsinór mentén, annak egyéb rendes képletei előtt fut le, tömlőbe zárt, hullámzó, áttetsző, a herétől és mellékherétől izolált és fölfelé, a lágyékgyürű felé is teljesen elzártnak látszik. Tapintásnál észlelhetjük, hogy az ovoiddaganat tömlője közepetáján körkörös befűződést tüntet fel, melynek következtében az homokórához hasonló alakot vesz fel, melynek két felében levő folyadék egymással bátran közlekedik. Kétségtelen ezek után, hogy az ondózsinór vizsérvével van dolgunk, melynek ez esetben különös érdekességet kölcsönöz a hasüreghez való viselkedése. Mint már emlitettem, a kóros képlet térfogatát változtatja. E változás napközben több izben megy végbe, de sohasem hirtelen, hanem szerfeletti lassúsággal több óra folyamán. Néha a daganat rendkivül lágy, petyhüdt, alig látszik néhány grammnyi folyadékot tartalmazni, máskor meg teltsége oly nagy fokú, hogy a lúdtojásnyi, feszes, kemény képlet a betegnek járásnál alkalmatlanságot, sőt néha fájdalmat is okoz. Noha ezek után kétségtelen, hogy a hasüreggel való communicatio áll fenn, vagyis, hogy a processus vaginalis peritonei nyitvamaradása, melyre a kórállapot visszavezethető, nemcsak az extra-inguinalis részre terjeszkedik ki, hanem fenntartja a közlekedést a cavum peritoneival, mégis azt észleljük, hogy a daganatra gyakorolt nyomással nem sikerül a folyadékot a hasüregbe beszorítani. A hydrocele communicans ily esetei, melyeknél e jelenség arra vezethető vissza, hogy a csatorna igen szűk, néha csak hajszálnyi, az irodalomban ugyan említvék, mégis a ritkaságok közé tartoznak és therapeutikus szempontból fontosak, különösen pedig esetleg végrehajtandó műtétnél végzetessé válhatnék e körülményt figyelmen kivül hagyni. Nézetem szerint ez esetben minden esetre megkisérlendő, vajjon jól comprimáló suspensorium hordással nem lehetne-e eredményt elérni, és csak eredménytelenség esetén kellene műtéti beavatkozásra gondolnunk.

Alapi szerint a diagnosis nem egészen biztos. Feleki azt mondja, hogy hydrocele bilocularis nem. Tényleg, mikor a beteget megvizsgálta, azt tapasztalta, hogy a végbél részéről olyan eltokolt tömlő, mint a milyent hydrocele bilocularisnál tapasztalhatunk, nincs jelen. Tapintott ugyan valamit, de arról nem tudja, hogy micsoda. Abból azonban, hogy az eltokolt tömlőt kitapintani nem lehet, a hydrocele bilocularist kizárni nem meri, úgy, hogy nem merne határozott diagnosist csinálni. A műtétet illetőleg Felekivel szemben azt hiszi, hogy arra szükség van.

Feleki hydrocele bilocularisra vizsgált a végbélen és hasfalon keresztül, és azt az impressiot nyerte, hogy eltokolás nincs jelen, hogy tehát itt hydrocele communicans van. A műtétet ellenzi, mert az nem olyan veszélytelen, mint a hogy mondják.

Gumma syphiliticum nasi.

Justus Jakab: A 25 éves férfibeteg orrhátán féldiónyi, kerek, barnásvörös, élénken körülirt, a csonton székelő kiemelkedés észlelhető, a mely tömött tapintatú és csak a közepén mutat kissé lágyabb helyet. A syphilitikus infectio 1½ év előtt történt, ezen baja pedig körülbelül 3 hete van meg. A kórisme tehát kétségtelenül gumma syphiliticum ossium nasi.

Erythema nodosum extremitatum inferiorum syphilitikus egyénen.

Justus Jakab: 30 év körüli asszony, ki körülbelül 3 hete szenved bajában. Mindkét alszáron és a czombokon elszórva élesen körülírt kékes-vörös, bőrrel fedett, a cutisban és subcutisban fészkelő, tömött tapintatú, borsónyi, egész diónyi csomók érezhetők, a melyek nyomásra kissé fájdalmasak. A beteg klinikánkon tavaly syphilise miatt kezeltetett. Jelenleg csekély anginán kivül más lues jele nincsen; utóbbi időkben csekély izületi fájdalmakat is érzett. Ez esetet erythema nodosum név alatt mutatom be az egyesületnek és csak figyelmüket volnék bátor felhívni azon körülményre, hogy épen luetikus egyénen találjuk ezen csomókat, a miről azt hiszem, hogy nem egészen véletlen coincidentia forog fenn. Már Fingernek egy régebbi munkálatában, továbbá a tavalyi és a két évvel ezelőtti „Annales di Dermatologio"-ban több eset van felsorolva, a hol erythema nodosum lueshoz társult, illetve luetikus egyénen az erythema nodosum küllemét mutató, annak jellegé-

vel biró csomók léptek fel. Tudvalevő, hogy a franczia iskola ezen nodusokat okozati összefüggésbe hozza a luessel s ennek megerősítéseül a gyakori coincidentiára és olyan esetekre hivatkozik, a melyekben ezen erythema nodosum gyanánt fellépő göbök egynémelyike további megfigyelés alkalmával cutan és subcutan gummáknak bizonyult szétesés és egyéb jelenségek folytán. Bár ez utóbbi itt jelen nincsen, mégis valószinűnek tartom, hogy a luessel valami összefüggése van a betegen észlelhető csomóknak, a mennyiben a csak a napokban megkezdett jodkali szerelésre feltünő gyors visszafejlődést mutatnak.

Sclerosis esete az alkaron.

Aschner Arthur: Sz. Gy., 23 éves asszony néhány nap előtt azon panaszszal jelentkezett Róna dr. poliklinikai rendelésén, hogy körülbelül 2 hét óta kiütése van a szeméremtestén és a törzsön. Bajára nézve a következő adatokkal szolgál: Körülbelül 4 hó előtt czivakodott szomszédnőjével, a ki őt a tűz hevében a bal alkarján megharapta. Néhány nappal sérülése után, ennek helyén két kis hólyagcsa keletkezett, melyek mindinkább nagyobbodtak és később szét is estek. Ezen bajával az egyik sebészi klinikán jelentkezett, a hol a kikaparást javalták neki. Ezen tanácscsal meg nem elégedvén felkeresett egy másik sebészeti rendelést, a hol szintén az előbbi eljárást indítványozták. A sebet itt tehát kikaparták és jodoformmal után kezelték, a mire sebe látszólag begyógyult. A beteg ezen sebészeti rendelésen caro luxurians diagnosissal vétetett fel. Beteg 2 év óta van férjnél, 1 gyermeket szült, mely él és egészséges.

A betegnek vizsgálata kideriti, hogy a bal alkar alsó harmadának külső felületén, tallérnyi terjedelemben, a bőr niveaujából kiemelkedő, közepén besüppedt és hegesen elváltozott, szélén pedig korong alakú rézbarnás képlet constatálható, melynek egész állománya porczkemény. Az egész köztakarón sürű roseola, mindkét nagy ajk élén lencsényi egész borsónyi papulák, a száj nyálkahártyája ép, csak a garat belövelt. Az egész mirigyrendszer különösebb elváltozásokat nem mutat, csak a jobb inguinalis tájon egy mogyorónyi mirigy.

Nyilvánvaló tehát, hogy itt recens syphilis esetével van dolgunk, mely extragenitalis infectio útján keletkezett, a mely extragenitalis sclerosist a bal alkaron levő laesio képviseli. Ezen felvételt támogatja először az anamnesisben felvett keletkezési mód és az egész bántalomnak fejlődése (értesülésünk szerint a harapó asszony szintén recens syphilisben szenved), másodszor a laesiónak klinikai képe, mely a sclerosisnak typikus képét adja. Feltünő ezen esetben, hogy a táji mirigyek, itten tehát a cubitalis vagy az axillaris mirigyek, nincsenek typikusan beszürődve, vagy legalább is nem úgy, mint azt a sclerosishoz legközelebb álló mirigyeken az esetek túlnyomó számában észlelni szoktuk. Vannak azonban észleletek, a melyek ez alól kivételt tesznek, a mi ezen esetben is fennforogni látszik. Az esetnek érdekességét növeli az, hogy először az extragenitalis sclerosisnak localisatiója egyike a legritkábbaknak, másodszor tanulságos ezen eset azért is, mert az extragenitalis sclerosis még elég számos esetben nem ismertetik fel, a mi azután a betegre és embertársaira nézve nem közömbös dolog, az orvos eljárását pedig sokszor a legfurcsább mederbe hozza.

Schwimmer arra vonatkozólag, hogy a sclerosishoz közeli mirigyek nem voltak beszürődve, megjegyzi, hogy nem rég volt egy esete, hol semmi mirigybeszürődés nem volt jelen és a bántalom további lefolyásában mégis súlyos luetikus tüneteket mutatott fel.

Havas hasonlót észlelt.

Gonococcus tenyészet új talajon.

Csillag (vendég): Az általa a gonococcus tenyésztésre használt talaj *Prof. Pertik* kórboncztani intézetéből került ki és gyengén alkalikus *emberhús glycerin-agarból áll.* Az emberhús még rothadásnak nem indult hullákból vétetett. Az e talajon végzett gonococcus tenyésztési kisérletek teljesen kielégitők voltak. A vizsgált anyag a férfi- és női húgyivarszerveknek 5 napos — 3 hónapos kankós váladéka volt. Az eddig vizsgált 47 eset közül, melyek mindegyikében ki volt a gonococcus górcsőileg mutatható, kémcsőben ferdén és Petri-csészében megalvasztott fenti talajon 29 (61·48%) positiv és 18 (38·52%) negativ eredmény volt.

Összehasonlító tenyésztési kisérleteket is végezve más talajokon és pedig *húgy-agaron, cysta-agaron, ascites-agaron* és *Pfeiffer-féle vér-agaron* kitünt, hogy ezek a kapott positiv eredmény tekintetében az emberhús glycerin-agar mögött állanak; ugyanis több esetben egy és ugyanazon időben ugyanazon egyén kankós váladékával végzett tenyésztési kisérleteknél az előbbiek negativ eredményt adtak, míg az emberhús glycerin-agar positivat. Megfordítva ez egy esetben sem történt.

A *továbboltás* talajról talajra eddig 36 esetben történt emberhús glycerin-agaron, melyek közül 35 positiv volt; egy esetben a továbboltás a 10-dik, egy másikban a 14-dik generatióig sikerült. Ez irányban is messze maga mögött hagyta az emberhús glycerin-agar a többi, előbb említett talajokat.

A *Wertheim*-féle eljárást is megkisérelte néhány heveny húgycsőkankó esetből az emberi vérsavónak emberi húslével való helyettesítésével, de az eredmény minden esetben negativ volt.

A gonococcus tenyésztési kisérleteknél feltétlenül szükséges cautelák mind a legszigorubban betartattak, úgy hogy ez irányban minden tévedés ki van zárva.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Dyce Duckworth: **The sequels of disease.** Longmans, Green and Co. London, New-York and Bombay, 1896.

A rendkivül díszes kiállitású, körülbelül 200 lapra terjedő kötetben az angol klinikusok egyik legkitünőbbike tesz először kisérletet egy olynemü munka összeállitására, mely a betegségek következményeiről szól s igy megvalósitja az elhunyt William Baly-nek már évtizedekkel ezelőtt nyilvánított ama nézetét, mely szerint egyike a leghasznosabb könyveknek az volna, mely a reconvalescentia betegségeiről iródnék. Szerző hosszabb bevezetés után sorra veszi az egyes belső betegségeket és saját bő tapasztalatai, valamint a fontosabb irodalmi adatok kritikai felhasználása alapján leirja következményeiket. Mint első ilynemü munka tökéletességre nem tart igényt, de azért jelen, alapvető alakjában is méltán figyelmet érdemel. A könyv függelékét egy a betegségek prognosisáról szóló rész képezi, melyben a legfontosabb belső bajok kórjóslatát illetőleg találunk a modern kor szinvonalán álló, nagy tapasztalatok alapján készült megjegyzéseket. A könyv beható tanulmányozása, úgyszólván minden egyes mondatának az emlékezetbe vésése melegen ajánlható. A mellékelt betürendes tárgymutató nagyon tökéletes, a mi minden esetre hozzájárul a könyv használhatóságának növeléséhez.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

A tüdővész gyógykezeléséhez. Irta *Heel* dr., segédorvos. Annak előre bocsátása után, hogy a müncheni kórházakban a tüdő phthisis betegek a 80-as években feltünő jó hatással nyári barakokban gyógykezeltettek, melyek azonban az új kórházak épitkezése folytán eltüntek, *Heel* említi, hogy ezen baj kezelésénél előtérbe léptek a *kreosot*-labdacsok vagy gelatin-tokocskák 1—2 gm.-nyi napos adagokban. Ezen szerre azonban a gyomorra kedvezőtlen mellékhatások mutatkoztak (gastritikus duzzadása a nyákhártyának stb.), melyek miatt a kreosot adagolását hosszabb időn át folytatni nem lehetett s ezzel jelentékeny siker nem éretett el. Ez idő szerint a phthisis gyógykezelésére kiválóan *creosotalt és guajacol carbonatot* használnak. A creosotcarbonat vagy creosotal kezelést ½ kávéskanállal pro die kezdik, s azt tejben, vörös borban vagy bouillonban vétetik; ha jól tűri a beteg, egész 3 kávéskanálig emelték az adagot. A betegek 30%-ánál ezen adag mellett kellett maradni 3 héten át s később 3-szor ½ kávéskanálra csökkentették azt. A szert csak akkor nem türték a betegek, ha előrehaladottabb esetekben alkalmaztatott. A mi a kreosotal hatását illeti, oly esetekben, hol tüdőcsúcshurut volt jelen (kissé tompább hang, határozatlan légzési zörej vagy nyujtott exspirium) csakhamar az étvágy növekedése és jobb táplálkozás, és 3—4 hét mulva a kopogtatási hang élesbedése, a köhögés és kiköpés csökkenése mutatták a beállott javulást. A bántalom hasonló kedvező átalakulása — de csak 2—3 hó mulva — oly esetekben is beköszöntött, hol már kifejezett csúcstömörülés és hörgi légzés voltak jelen. Ha tehát a creosotcarbonat használata az esetleges gyomorzavarok folytán némikép korlátolt is, a *guajacolcarbonatban* oly szerrel birunk, mely iz- és szagnélküli lévén, a gyomrot épen nem izgatja és csak igen kivételes esetekben nem türetik. A guajacolcarbonat fehér jegeczes iz- és szagnélküli por, mely a nyákhártyákra edző hatással absolut nem bir s ebben rejlik ezen készitmény nagy előnye. Poralakban adunk belőle 0·5 grammot ostyában s az adagot minden 3—4 napon emelik egész 3—4 grammig pro die. Hatása ugyanolyan mint a kreosotalé; tüdőcsúcshurutok többnyire gyorsan gyógyulnak; beszüremkedésnél az általános érzet javulása, a táplálkozás és erőbeli állapot emelkedése, a köhögés és köpet csökkenése állanak be. Öt esetben a kórfolyamat a magas láz daczára visszafejlődött. (Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser. München 1896.)

2. **Makacs hasmenés** ellen *Pick* következő összetételü porokat rendel: Rp. Aluminis 1·0; Opii puri 0·10—0·20; Bismuthi salicylici 3·0—6·0. M. f. pulv. Div. in dos. Nr. X. S. Naponként 3 port. (Sem. méd. 1897. 31. sz.)

TÁRCZA.

A Röntgen-sugarak alkalmazása a belgyógyászati kórjelzés terén.

Röntgen felfedezése óta alig mult el másfél év; de ezen rövid idő elég volt arra, hogy a pyknoskopia — mint azt ma sokan nevezni szeretik — az orvosi tudomány minden ágában alkalmaztassék. Ennek a lelkes felkarolásnak jogosultságát kétségbe senki nem vonhatja, mert hisz az orvosi tudomány szinte váratlanul jutott egy olyan eszközhöz, melynek, ha kórismézési czélokra való alkalmazhatósága beigazolódik, úgy ez a körülmény kétségtelenné teszi azt, hogy Röntgen nagy felfedezésének orvosi és tudományos szempontból való hordereje bátran vetekedik tudományunknak bármelyik korszakalkotó felfedezésével, haladásával. Alig hogy Röntgen a mult év januárjában felfedezését publicálta, a chirurgia nem késett ezt a saját érdekében kihasználni; s hónapoknak sem kellett eltelni, hogy a biztosan eredményes alkalmazásnak eléggé kiterjedt tere megállapittassék. Kétséget nem szenved, hogy a megoldásra váró kérdéseknek a sebészet terén is egy nagy sora van még, de ha csak azt tekintjük, hogy már az első kisérleteket, melyek bizonyos nemü, eddig a sebész szemei előtt elrejtett idegen testeknek felfedezését czélozták, fényes eredmény koronázta, hogy csakhamar bebizonyitottá vált, hogy a pyknoskopia a csont- és izületi bántalmak majdnem minden esetében egy a régiek által meg nem közelitett biztos diagnostikus eszköz: úgy már ezek is elegendők arra, eltekintve attól a nem kevéssé fontos körülménytől, hogy a legmassivabb kötés alkalmazása mellett és daczára folyton és kényelmesen figyelemmel kisérhető egy eltört csontnak regenerálódása, a callus képződése, már az emlitettek is azt bizonyitják, hogy a Röntgen-sugarak alkalmazása gyorsan vált nélkülözhetetlen kórismézési eszközévé a sebésznek. Semmi sem természetesebb, hogy ezen fényes eredmények után, melyek nem az irigylését, de a figyelmét hivták fel az internistáknak, a belgyógyászat is igyekezett magának hasznot szerezni. Napról napra jelennek meg közlemények, hogy tüdő-, szív-, véredény stb. bántalmakat sikerült a Röntgen-sugarak alkalmazásával kórismézni és ma már nem csekély munkát végezne az, a ki minden belgyógyászati kérdésekkel foglalkozó publicatiót összegyüjteni akarna. A kisérleteknek és a próbálgatásoknak egy nagy csoportját bizonyos neme a kiváncsiságnak jellemzi, melybe belevegyül a tudományos kérdések megitélésében feltétlenül szükséges nyugodtság hiján levő izgatott tudnivágyás és ez az egyik oka annak, hogy daczára a már igen nagy számban levő észleléseknek és az azokról szintén nagy számmal megjelent közléseknek, ezeknek már ma bizonyos áttekinthető rendszerbe foglalása nehezen sikerül. Ennek szintén érthető másik oka az, hogy a vizsgálatok úgyszólván az egész vonalon megindulván, sok adatunk van *sok* szervnek *sokféle* megbetegedéseiről s így kevés csik egy szervnek egyes kórállapotaira vonatkozólag. S így a gyakorló orvos a sok közlemények olvasása daczára sem tudhatja megitélni azt, a mi pedig őt leginkább érdekli, hogy melyek azok az esetek, melyeknél a Röntgen-sugarak alkalmazásától eredmény várható, s különösen, hogy vannak-e és ha vannak, melyek azok az állapotok, melyeknek *biztos* kórismézésére az eddigi eszközöknek alkalmazása elégtelen és melyeknél a Röntgen-sugarak alkalmazása a kórisme érdekében szükséges? Ezek azok a kérdések különösen, melyekre a gyakorló orvos joggal kér feleletet.

Ezen jegyzetek összeállításánál e kérdés körül néhány német egyetemen szerzett tapasztalataimat óhajtom összefoglalni és az e tárgyat illető azon közleményekről van szándékom röviden referálni, melyeket a kérdés mai állásának megvilágitását illetőleg fontosabbnak vélek. Azt hiszem, hogy hasonczélú s különféle tartalmú úti jegyzetek nyilvánosságra hozásával senki sem végezne eredménytelen munkát ma sem, a mikor daczára külföldön oly nagy számmal utazó honfitársainknak oly ritkán van alkalmunk úti tapasztalataikról nyilvános referádát olvasni. Egyetemünk egyik díszének ismert classikus tollából eredt és e lapok hasábjain évtizedekkel ezelőtt megjelent napló-jegyzetei még ma is épen olyan élvezetes olvasmány, mint a milyen hasznos mű volt viszonyainknak a külföldhöz mért akkori hátramaradottsága idején. A mint hasznos és mint az azóta eltelt évek bizonyitják, eredményes is volt rámutatni akkori elmaradásunkra, ép úgy szükséges most az objectiv összehasonlitás, melynek eredménye csak az lehet, hogy ha van is még sok tennivalónk, a legtöbb tekintetben nem állunk mögötte a külföldnek, nem állunk semmi esetre sem annyira, mint a hogy azt feltüntetni otthon némelyek által szívesen gyakorolt sport.

A fentebb felvetett kérdéseknél annak megitélésére, hogy a Röntgen-sugarak alkalmazása válhatik-e ma már egy általános igénybe vehető kórismézési eszközzé: sokkal fontosabb az a másik kérdés, hogy van-e az átvilágitásnak a szervezetre valami hatása? Különös figyelem tárgyát a kérdés eddig nem képezte s csak sajnálattal kell constatálnunk azt, hogy a német belgyógyászok juniusban megtartott berlini congressusán, melyen a pyknoskopiának belgyógyászati czélokra való alkalmazása érdekes eszmecserére adott alkalmat, e fontos kérdés egyáltalán szőnyegre sem került. Az ezen kérdést tárgyaló és elszórtan megjelent néhány közlemény foglalkozik a sugarak hatásának közvetlenül kitett testrészeken létrejött localis elváltozásokkal és a sugarak alkalmazásának az idegrendszerre való általános hatásával.

A párisi „Académie des Sciences“ ez évi április 5-dikén és 10-dikén tartott ülésén tárgyalták a Röntgen-sugarakkal járó veszélyeket. *Lannelongue* két esetéről számol be; az egyikben a sugarak alkalmazása abscessust hozott létre, a másikban pedig felületes gangraenát. Mindkét esetben a Hittorf-féle csövek 20 cm.-nyi távolságban voltak a mediumtól. Lannelongue előadása kapcsán *Crookes* a localis ártalmakat illetőleg is jelentékeny individualis különbségeket észlelt. Látott egyéneket, a kik már pillanatnyi behatása után a sugaraknak az illető helyen égési érzésről panaszkodtak. A dermatitisnek egy igen súlyos esetét észlelte a „radiographia“ következtében *Apostoli*. S az általa észleltekből vont következtetései szerint, a Röntgen-sugarak alkalmazása bizonyos körülmények között intensiv bőrlobot okozhat következményes könnyebb vagy súlyosabb *neuritissel*. A bőrlob állhat egyszerü erythemától kezdve egész a bőralatti kötőszövetig terjedő gangraenáig. Apostoli is tulajdonit az egyéni dispositiónak szerepet. Az égési sebek gyógyitására ő az állandó vagy faradikus áram alkalmazását ajánlja.

Mielőtt az itt közölt észleletekre reflexióimat megtenném, *Guenisset* és *Segnynek* az előbbieknél figyelemreméltóbb tapasztalását emlitem fel. Ők egy ülés következtében, annak tartama alatt igen heves, egész az apnoëig fokozódott nagyfokú palpitatio cordistól kisért dyspnoët láttak fellépni. Ők ezen sokszor komoly aggodalomra okot adó tüneményeket több esetben észlelték s míg az esetek túlnyomó számában ezen tünemények a sugarak alkalmazásának megszakitásával megszüntek, addig néhány esetben napokig tartó általános rosszullét követte a tüneteket.

Hasonló káros hatásokat észleltek a kisérletezők önmagukon. Eltekintve az experimentatorok kezén tényleg gyakran észlelhető igen kisfokú dermatitistől, Büttner és Müller (Techn. u. Verwerth. der Röntgen-Strahlen im Dienste der Wissenschaft und der Medicin) hosszantartó átvilágitásnál igen kellemetlen fájdalmakat éreztek a szemeikben, a mely fájdalmak különösen akkor fokozódtak, hogy ha ők az átvilágitás alatt olvastak vagy irtak; azt azonban ők sem észlelték magukon, hogy a látóélességük csökkent volna.

Még ennél is sokkal megfontolásra méltóbb hatásokat észlelt *Rosenfeld* (Diagn. der inneren Krankheiten mittels Röntgen-Strahlen), melyeket ő *Binz* és *Schulz* munkái nyomán a szerfölött nagy mennyiségben belehelt ozon eredményeinek tulajdonit. Szerinte a Röntgen-sugarak alkalmazásával gyakran foglalkozó egyének lassankint chronikussá váló fejfájást kapnak s bár még eddigelé positiv észlelés Rosenfeldnek sem áll rendelkezésére, épen *Binz* és *Schulz* vizsgálatai alapján komolyabb következményektől is (nyákhártyavérzések, véredényfaldegeneratiók stb.) tart.

Különösen szükségesnek tartottam ezeket felemliteni! Annyival is inkább, mert oly tapasztalatokkal, melyek a közölt adatokhoz

hasonlók volnának, nem rendelkezem, annak daczára, hogy a publicatiók tudomásul vétele után a kérdés ezen része különös figyelmem tárgyát képezte. Bár az a férfiú, a kinek nevét ezen sugarak felfedezése halhatatlanná tette, nem orvos, mégis ő az, a kinek genialis megfigyelőképessége ezen szempontokból is irányadó és azért minden ellenvetés mellőzésével legyen szabad a Röntgen és assistensének tapasztalását közölnöm, mely szerint két éve, hogy ők napról napra sokszor naphosszat alkalmazzák a sugarakat a nélkül, hogy csak egy esetben is észleltek volna helybeli vagy általános káros következményeket akár a vizsgáló, akár a vizsgálat tárgyát képező egyén részéről. S ők azokat a kellemetlen mellékhatásokat, melyekről némelyek eddig beszámoltak, az elhibázott alkalmazási mód eredményének tartják. Az eszköz oly egyszerű használata mellett is bőven van alkalom azzal nem csekély hibákat elkövetni, melyek, hogy diagnostikus tévedésekre is adhatnak okot, arra még lesz alkalmam rátérni. Röntgen tapasztalásait kivétel nélkül támogatni hallottam Ziemssen, Strümpell, Hoffa és Fleischer által. Ezek következtében Rosenfeldnek az álláspontját túlzottnak látom s nem kellőleg indokoltnak, különösen azt az állítását, hogy feltünő, hogy két a Röntgen-sugarakkal sokat foglalkozó experimentator: *Oppenheim* és *Bucka* professorok hirtelen haltak meg. Arra, hogy két haláleset a Röntgen-sugarakkal valami connexusba hozható volna, semmi támpont nem létezik.

Az egyedüli, a mit nekem is gyakran volt alkalmam észlelni, az a szerfölött csekély fokú, a szőr kihullása által kisért dermatitis, mely a sokat kisérletezők kezén tényleg észlelhető, a melynek keletkezési módja, nevezetesen, hogy egy neme-e az égésnek vagy egy vegyi inger hatása-e, még ismeretlen. A kézről kiveszett szőr nemsokára újnak ad helyet és így azoknak, a kik a Röntgen-sugarak alkalmazásában eszközt vélnek látni a szőrzet eltávolítására, ez irányú várakozásaikat mérsékelni kell; *Freund* egy esetében ugyan (Wien. med. Wochenschrift 1897. Nr. 10) egy naevus pigmentosus filiferust Röntgen-sugarakkal kezelt s depilatiót hozott létre, de hogy az eredmény tartós lesz-e, legalább is kérdéses!

Egyáltalán azok a kisérletek, melyek a Röntgen-sugaraknak a szervezetre előnyös vagy éppen gyógyító hatására irányultak, ma még a positiv eredménynek legcsekélyebb mértékével nem rendelkeznek s nem lehet csodálkozni azoknak az álláspontján, a kik az ez irányban megejtett kisérleteket curiosumnak tekintik s eredményt tőlük nem is várnak. Azért csak a történelmi hűség kedvéért akarom megemlíteni, hogy többen vizsgálták a bacteriumokra való hatását negativ eredménynyel, ellenben két franczia kisérletezőnek a tuberculosis-bacillusok tiszta culturájával beoltott és a beoltás után állandóan röntgenizált tengeri nyulacskái egészségesek maradtak, sőt vannak, a kik az emberi tuberculosis lefolyására is kedvező, sőt gyógyító hatást láttak a Röntgen-sugarak systematikus alkalmazásától.

A leggyakoribb tárgyát képezte a vizsgálatoknak és a megbízható közléseknek: a mellkas és tényleg a legszebb eredményeket ma a mellkasi szervek átvilágítása szolgáltatja. Egyszerű és már csekélyebb erejű inductoriumokkal is megejtett átvilágításnál sok esetben felvilágosító képet kaphatunk a mellkasi szervek physiologiai és kóros állapotáról. A lámpának czélszerű beállításánál nemcsak a szívnek a helyzetét és a nagyságát itélhetjük meg, de a szív egyes részeinek biztos megkülönböztetése, sőt e részek mozgási jelenségeinek pontos megfigyelése is jól sikerül. A szívre vonatkozólag különösen két fontos momentumot akarok kiemelni. Annak az előbb említett körülménynek, hogy a szívrészek mozgási jelenségeit megfigyelhetjük, az a gyakorlatilag fontos következménye van, hogy a szív rendellenes megtelési és kiürülési viszonyait az esetek legnagyobb részében pontosan láthatjuk. Ennek a kiváló gyakorlati jelentőségét külön kiemelni pedig nem szükséges. Ez a körülmény nemcsak közelebbi betekintést enged a billentyű és szájadék bántalmak lefolyásának közvetlen ellenőrzésébe, hanem lehetővé fogja tenni egyes oly congenitalis szívbajok pontos kórismézését, mely az eddigi diagnostikus eszközeink alkalmazásával csak kevés esetben sikerült. A szív mozgási jelenségeinek közvetlen észlelése nem tisztán didactikus értékkel bir. Feltétlenül megbizható klinikustól: *Grunmachtól* (Therap. Monatshefte 1897. január) származnak az első észlelések a szív rendellenes contractióját illetőleg három organikus szívbajnál (2 aorta és 1 mitralis insufficientia); sikerült Grunmachnak a szív megnagyobbodott árnyképén a basis és szívcsúcs között észlelt erősebb összehúzódások között a tágult szívrészeken gyengébb, reszkető, oly mozgásokat látni, melyek más compenzált billentyübántalmaknál nem voltak jelen és a melyek digitalis vételére eltüntek s annak kihagyása után ismét észlelhetők voltak. A szívmozgások jól észlelhetőségét mindenki észlelheti, s ki csak kevés tapasztalattal is rendelkezik s bár olyirányú adatok nem állanak rendelkezésemre, joggal várhatunk a Röntgen-sugarak alkalmazásától értékes physiologiai és pharmakologiai eredményeket, mert a mint szemmel kisérhetjük a digitalis hatását, úgy bizonyára más anyagoknak is a szívre való hatását közvetlenül észlelhetjük. A szív nagyságának a Röntgen-sugarak segélyével való pontos megállapíthatása képezi ezen a téren a legnagyobb előnyt, a mely gyakorlatilag kihasználható. Azon esetekben is, melyekben a tapintás és a kopogtatás által nyert adatokból a szív nagyságát megitélhetjük, nyugodtan használhatjuk ezen minden esetre tökéletesebb vizsgálati methodust a nyert adatok ellenőrzésére. Épen olyan pontosan megállapíthatók a szívhatárok azokban az esetekben, melyekben a szív legnagyobb része vagy épen az egész szerv a tüdők által van beborítva, a hol szívtompulatot kapni nem tudunk. Ezen esetekben ma a szív megnagyobbodás megitélésére az egyedüli és teljesen megbizható eszközünk a Röntgen-sugarak alkalmazása. De a mint minden diagnostikus eszköz sikeresen csak akkor használható, ha helyesen van alkalmazva, úgy sokszorosan áll ez épen a pyknoskopiára. Durva tévedések tevésére bő alkalom nyilik itt és így korántsem elegendő arra, hogy a Röntgen-sugarakat diagnostikus czélokra használhassuk, az eszköznek instrumentariumunk számára való megszerzése, hanem fontos az azzal való bánni tudás. A leggyakoribb tévedésekre épen a szív nagyságának a megitélése szolgáltatja az alkalmat, sőt a legtöbb kezdő minden átvilágításnál balszív-hypertrophiát fog találni. Határozott directivákat adni a hibák elkerülésére nem lehet, annál kevésbbé, mert minden egyes esetben az individualis különbségekkel kell számolni. Nagyobb testüregek átvilágításánál a főszempont az, hogy a sugarak lehetőleg párhuzamosan és ne divergálva hatoljanak át a testen, azért a vizsgáló egyént mindig kellő, de számokban pontosan ki nem fejezhető távolságban kell a lámpától elhelyezni, úgy hogy a távolság a platinlemez és az ernyő között mindig állandó legyen.

Áldor Lajos dr.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

Budapest székes főváros közegészségi állapota 1897. évi junius hóban. A tiszti főorvos jelentéséből közöljük a következőket: A székes főváros közegészségi állapota viszonyítva a mult havihoz, általános halálozás tekintetében némi emelkedést mutat. Míg ugyanis a mult hóban elhalt 999 egyén, e hóban a halálesetek száma 1057. Befolyásolta ezen halálozási szaporodást évenként a nyári hónapokban nagyobb mérvben fellépni szokott heveny gyomor-bélhurut halálozási esetek száma, mely azonban e hóban sem fordult elő nagyobb mennyiségben, mint az előző évek megfelelő hónapjaiban. Lényegesen apadt azonban a hevenyfertőző kórok száma mintegy 467 esettel; az apadás legnagyobb részét ugyan a kanyaró tesz ki, mindazonáltal tekintélyes számmal csökkent a vörheny is, ezúttal 37 esettel. Élveszületett e hóban 1738, meghalt katonák nélkül, az útról jött s itt elhalt 101 egyén levonásával 1057; így a születések 581-el multák felül a halálozásokat. Julius hóban a székes főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6459 fekvő és 8429 járóbeteg, vagyis 588-czal több mint az elmult hónapban. A kerületi orvosok által gyógykezeltetett 699 fekvő és 1446 járóbeteg, összesen 2144, kórházba küldetett 53 egyén. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: Szaporodás volt e hóban 20, csökkenés 7. Beteg volt e hóban összesen 21, meggyógyult 19, gyógykezeltetik 0, meghalt 2. Halálokok voltak: gyomor-bélhurut 1, veleszületett gyengeség 1 esetben. Hullaszállításra engedély adatott 14 esetben. Beoltatott 1105 fiú, 1100 leány, összesen 2205, újraoltatott 343 fiu, 106 leány, összesen 448. Ebmarás előfordult 4, veszettségre gyanús 2, veszett ebmarás 2 esetben. A köztisztaság a nagymérvű építkezés következtében itt-ott hiányos. A székesfővárosi bacteriologiai intézet jelentése szerint: A Dunavíz minősége közepes. A megyeri szűrők működése elég jó; a népligeti ingadozó; a Duna melletti szűrő aknáé elfogad-

ható; a szivattyús kutaké tűrhető. A vizsgálatokon kivül diphtheria-vizsgálat 28 esetben történt. Levelek, átiratok, vélemények, jelentések 95 esetben szolgáltattak ki. A székes fővárosi vegyészeti és tápszer-vizsgáló intézet által 407 esetben tétetett vizsgálat, még pedig: vízvezetéki viz 125, kútvíz 13, tej és tejfel 170, vaj 26, olaj 6, paprika 16, egyéb füszerek 6, kávé 1, liszt 4, czukor 1, ugorka 2, leves 1, bor 1, gaseus 2, málnaszörp 1, savanyúvíz 2, sodavíz 3, ón 3, kénsav 2, kaucsuk 5, festék 1, gyógyszer 4, vélemény 2 esetben adatott. Orvosrendői bonczolás végeztetett 70 orvostörvényszéki 29 esetben. Öngyilkosság 15 esetben fordult elő, még pedig: lövés 6, akasztás 5, mérgezés 2, egyéb módon 2 esetben. A Dunából 6 hulla fogatott ki. Az állat-egészségügy nem volt kedvezőtlen, a mennyiben járványosan egy fertőző betegség sem lépett fel. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Antal Jenő, Bináth Manó, Pekár Mihály, Plager József, Virosztek Adolf* egyetemes orvostudorok és 6 szülésznő. A tiszti főorvosi hivatalba beérkezett 1322 ügydarab.

Vegyesek.

Budapest, 1897. szeptember 3-dikán. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. augusztus 15-től 1897. augusztus 21-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 423 gyermek, elhalt 255 személy, a születések tehát 168 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, roncsoló toroklob 1, hökhurut 2, kanyaró 2, vörheny 2, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 2, agykérlob 14, agyvérömleny 3, rángások 1, szervi szívbaj 7, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 25, tüdőgümő és sorvadás 42, bélhurut és béllob 86, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 2, Bright-kór és veselob 4, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 21, aszkór, aszály és sorvadás 7, aggkór 4, erőszakos haláleset 11. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2002 beteg, szaporodás 682, csökkenés 748, maradt e hét végén ápolás alatt 1936. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. augusztus 20-tól augusztus 27-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 11 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 5 (meghalt —), vörhenyben 11 (meghalt 4), kanyaróban 12 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 12 (meghalt 1), trachomában 14, vérhasban 3 (meghalt 1), hökhurutban 29 (meghalt —), orbánczban 15 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **A budapesti orvosi kör országos segélyző egyesületének kimutatása augusztus hó 1-jéig**: Az orvosok jogvédő egyesületétől, Klein Fülöp dr. pénztáros útján 50 frt, a budapesti kereskedelmi bank Sümeghy József dr. útján 50 frt, Blumgrund dr. 2 frt, Bignió Béla dr. Maros-Ludas 2 frt, Rothár Samu dr. Beszterczebánya 2 frt, Engel Ármin dr. Nagy-Kanizsa 2 frt, Ehrenreich Lajos dr. Szirák 2 frt, Ehrenreich Károly dr. Szirák 2 frt, Glaszner Ármin dr. Békés-Szarvas 2 frt, Hajós Béla dr. Budapest 2 frt, Hajnal Béla dr. Kigyós 6 frt, Friedländer Simon dr. Nagy-Kosztolyán 2 frt, Kabdebo János dr. Arad 4 frt, Kovács Imre dr. Kápolna 2 frt, Köhler Simon dr. Dobsina 2 frt, Karsay Zoltán dr. Német-Bogsán 2 frt, Koczil János dr. Pozsony 6 frt, Pozsgay János dr. Arad 2 frt, Ruber József dr. Rozsnyó 2 frt, Somossi Ignácz dr. Nagy-Károly 2 frt, Schnell Károly dr. Szamosujvár 2 frt, Szegő Kálmán dr. Abbazia 19 frt, Téry Ödön dr. Budapest 2 frt, Török János dr. Tornallya 5 frt, Tolnay B. dr. Ajka 6 frt, Venczel József dr. Nagy-Mányok 2 frt, Erős János dr. Szerencs 2 frt, Fiálkovszky Béla dr. Nagy-Becskerek 2 frt, Friedrich Alajos dr. Nagy-Tapolcsány 2 frt, Hubert Bernát dr. Vásáros-Namény 2 frt, Homoky Ferencz dr. Orsova 2 frt, Hanke József dr. Tóth-Komlós 2 frt, Jelasich Ferencz dr. Dárda 4 frt, Kapp J. E. dr. Selmeczbánya 10 frt, Kovács József dr. Salgó-Tarján 2 frt, Keit Károly dr. Lugos 2 frt, Király Gáspár dr. Jászberény 4 frt, Wild Adolf dr. Toplicza 5 frt, Reinitz Ignácz dr. Barcstelep 2 frt, Rudas Gerő dr. Kolozsvár 2 frt, Székely Dezső dr. Rákospalota 2 frt, Szentgyörgyi Ferencz dr. Orsova 2 frt, Vas Sándor dr. Arad 2 frt, Winter Simon dr. Salgó-Tarján 2 frt, Kramoliny István dr. Budapest alapító 40 frt, Báthory István dr. Budapest 2 frt, Niedermann Gyula dr. Budapest 8 frt, Bartha Gyula dr. Battonya 2 frt, Békási Gyula dr. Csáki-Gorbó 4 frt, Engel Zsiga dr. Nagy-Szalonta 2 frt, Grün Jakab dr. Beszterczebánya 2 frt, Hegedüs Pál dr. Debreczen 2 frt, Kalmár Barna dr. Debreczen 4 frt, Kelemen Adolf dr. Mezőtúr 2 frt, Kriéser Jakab dr. Beszterczebánya 2 frt, Jávor Béla dr. Ó-Gyalla 2 frt, Nagy Béla dr. Bábolna 2 frt, Pártos Henrik dr. Erzsébetfalva 2 frt, Pollitzer Illés dr. Budapest 2 frt, Steiner József dr. Pápa 2 frt, Szántó István dr. Rácz-Militics 2 frt, Unger Mátyás dr. Féltorony 2 frt, Kornstein Vilmos dr. Arad 2 frt, Fried Ignácz dr. Nezsider 2 frt, Nusser Lajos dr. Munkács 4 frt, Wappenstein Henrik dr. F.-Lendva 2 frt, Korbuly Sándor dr. Hőgyész 6 frt, Marostordamegyei orvos-gyógyszerész egylet Beck B. útján 2 frt, Meyer István dr. Budapest 2 frt, Márkus Miksa dr. Siklós 2 frt. Alólirott pénztáros kéri úgy a fővárosi, valamint vidéki tagokat, szíveskedjenek úgy a folyó, valamint esetleg hátralékos tagsági díjakat postautalványnyal beküldeni, mert máskülönben az amúgy sem gazdag egyletet fölösleges beszedői és postadíjakkal terhelik, míg az egyes tagoknak az 5 kros postabélyeg igazán csekélység. Hátralékát kiki a szétküldött évi kimutatásból megtudhatja.

Budapest, 1897. augusztus 8. *Rákosi Béla* dr. Soroksári-utcza 18.

— **Az orvosok száma Oroszországban** 1891-ben 10,805 volt; európai Oroszország lakóinak számát 116 milliónak véve, 10,180 lakóra esett egy orvos; az orvosokon kivül a nevezett évben még 11,959 sebész és 7276 bába is működött. Vannak területek, a hol 50—60,000 egyénre esik egy orvos, míg egyes nagyobb városokban túlságosan nagy az orvosok száma.

— **Hazai fürdők személyforgalma**: *Balaton-Füred* (VIII. 21.): 5066; *Barlangliget* (VIII. 21.): 3585; *Budai Erzsébet-sósfürdő* (VIII. 22.): 733; *Bártfa* (VIII. 22.): 3343; *Herkules-fürdő* (VIII. 29.): 8109; *Lubló* (VIII. 23.): 1114; *Szliács* (VIII. 28.): 1293; *Tarcsa* (VIII. 19.): 1042; *Tátrafüred* (VIII. 29.): 3961; *Alsó-Tátrafüred* (VIII. 24.): 2439; *Új-Tátrafüred* (VIII. 14.): 2120; *Vihnye* (VIII. 14.): 1321.

— **A IV. congressus a gümőkór tanulmányozására** 1898-dik évi julius hóban tartatik meg Párisban Nocard elnöklete alatt. A tárgyalásra kitűzött kérdések a következők: 1. A sanatoriumok mint a gümőkór megelőzésének és gyógyításának eszközei. 2. A gyógyító serumok és antitoxinok gümőkórnál. 3. A Röntgen-sugarak jelentősége a gümőkór felismerésére és kezelésére. 4. Az állatok gümőkórjának leküzdése prophylaktikus intézkedésekkel.

— **Hofmann Ede** dr., a törvényszéki orvostan hírneves tanára a bécsi egyetemen, augusztus 27-dikén 60 éves korában elhunyt.

— **Bókay Árpád** tanár augusztus hó 1-jén áttette lakását IX. ker., Soroksári-utcza 19. szám alá.

—r. **Ichthyol** mint a *conjunctivitis* és *blepharitis gyógyszere*. Jacovidés dr. Párisban (Révue médicale). *Eberson* dr.-nak az Aerzt. Central-Anzeigerben megjelent a trachoma kezelését illető czikke és egyéb közlemények által indíttatva Jacovidés dr. alapos tanulmányokat tett ezen szerrel az ophthalmologiában. Jacovidés e czélra két vizes oldatot használt, egyet 50:50 és egy 30:70 arányban és kétféle kenőcsöt, egy 5% és 2·5% ichthyolvaselin-kenőcsöt.

A vizes oldat *befecskendése* után a conjunctiva erősebben vörös és fájdalmas lett, de ¼ óra mulva a fájdalom és vörösség megszüntek. A kenőcs alkalmazására a vörösség csekélyebb volt és fájdalmak épen nem jelentkeztek.

Az ichthyol alkalmaztatott *conjunctivitis catarrh., eczematosa* és *trachomatosa*, valamint *blepharitis* és *blepharo-conjunctivitisnél*.

A kisérletekből következő folyományok vonhatók:

1. Ichthyol a conjunctivitis és blepharitis minden esetében előnyösen alkalmazható.
2. A conjunctiva és a szemhéjszélek lobos vörössége és duzzanatánál fájdalomcsillapítólag hat.
3. A conjunctiva váladékát csökkenti, kivéve az újszülötteknél.
4. Makacs pannusnál a cornea tisztulására előnyösen használható.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő
téli és nyári
gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő; iszapborogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Gőzfürdők uszodák. Olcsó és szép lakások. Prospektust küld az igazgatóság
Budapesten.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES
BILINI SAVANYUVIZ!
Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin
(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemü emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

ÉDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Negyvenegyedik évfolyam. 37. szám. *Budapest, 1897. szeptember 12.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEM II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Fülgyógyászati közlemények.

Krepuska Géza dr.-tól.

I. Dobüregi elsődleges diphtheria esete. („Otitis media diphtheritica genuina.“)[1]

A scarlat-diphtheriánál fellépő roncsoló dobüregi gyuladást és különösen annak következményeit elégszer van alkalmunk észlelni. Ezen folyamat azonban nem felel meg a diphtheria fogalmának, mert bacteriologice ez egy *„streptococcomycosis“*. *Genuin torok diphtheriánál* fejlődhet ki azonban genuin diphtheria is a dobüregben; ezen bántalom szorosan megkülönböztetendő a streptococcomycosistól. Az erre vonatkozó észleletek eléggé hiányosak, inkább kórboncztani leleteken alapulók, bacteriologice eddig még egyáltalában nem támogattattak az amúgy is hiányos klinikai észleletek. Az irodalomban található esetek többnyire hullaleletekre vonatkoznak, klinikai észleletek nélkül. Így *Moos* 6 boncolásnál vizsgált esetben (3 genuin-diphth., 3 scarlat-diphth.) *egy* esetben talált a dobüregben croupszerű álhártyát, de ezekben streptococcusokat és más „micrococcusokat“ talált. *Wendt* több esetben, *Küpfer* egy esetben talált boncolásnál álhártyát a dobüregben. *Burkhardt*, *Merian*, *Siebenmann*, *Schwartze* és *Walb* esetei scarlat-diphtheriára vonatkoznak és ámbár *Siebenmann* a csecsnyujtványból vett álhártyát szövettanilag megvizsgálta, bacteriologiai szempontból teljesen negativ volt az eredmény.

A dobüregnek genuin torok-diphtheriánál előfordulható hasonló megbetegedéséről újabban *Siebenmann* meghagyásából *Lommel E.* értekezik (*Zeitschrift f. Ohrenh.* 1896 IV. füzet). Ő is hullaanyagot használt fel, de csak macroscopice, szövettani és bacteriologiai vizsgálatok nélkül.

25 genuin-diphtheriában elhalt gyermek boncolásánál 24 esetben találta a dobüreg kisebb-nagyobb elváltozását.

Ezen esetek fülészeti szempontból így oszlottak meg:

2 esetben hurutos tuba szűkület,
5 esetben otitis media catarrhalis simplex,
4 esetben otitis media catarrhalis exsudativa
11 esetben otitis media suppurativa *imperforata*,
2 esetben otitis media diphtheritica.

Tehát azon esetekben is, a hol kifejezett torok-diphtheria volt, 25 eset közül csak 2 izben volt hasonló folyamat a dobüregben, ezt is csak boncolás révén derítették ki és anélkül, hogy a fülbántalom jellege bacteriologice legalább a halál után tényleg megállapittatott volna.

Közlendő esetem felnőtt egyénre vonatkozik, kinél torokbeli diphtheria nem volt kimutatható, a dobüreg bántalma azonban klinikailag és bacteriologilag teljesen a *diphtheriás*, illetve *croupos* megbetegedésnek felelt meg.

S. A. 30 éves hivatalnok, mult év november hó 23-dikán jelent meg nálam azon panaszszal, hogy a bal füle körülbelül 4 hét óta zúg, rosszul hall, nehány nap óta a füle szivárog, utóbbi napokban a hallása rohamosan fogy; nagyobb fájdalmakat nem érzett sem a betegség kezdetén és jelenlegi tartama alatt sem; torokfájása nem volt, lázas mozgalomra nem emlékszik; néhány év előtt luest állott ki, melyből orvosa állítása szerint teljesen kigyógyult.

A kissé neurastheniás beteg vérszegény, nagyfokú bágyadtságról panaszkodik, álmatlan, étvágya rossz. A bal füléből kevés, híg savós váladék ürül; a külső hangvezető bőre kissé duzzadt, ép bőrrel bevont. A dobhártya területén szalonnaszerű, szürkés-fehér, vastag, lágy, az alappal, illetőleg dobhártyával szorosan egybefüggő kissé göröncsös felületű álhártyaszerű felrakódás van, a mely a hangvezető hátsó-felső részének a dobhártya síkjába való áthajlásánál kissé elemelkedik. Ezen helyen sondával való leválasztása nem sikerül, e mellett kivehető a részben hámjától fosztott, erősen beszűrődött, vérző dobhártya. Az erős belüveltség és a duzzanat a dobhártya előtti külső hangvezető részletére is átterjed. Kathetheren át való befúvásra perforationalis zörej hallható. A beteg lehelete bűzös. A szájban és a szájgaratüregben, valamint az orrjáratokban semminemű elváltozás sem látszik. Az orrgaratüreg a betegnek nagy érzékenysége folytán pontosan át nem vizsgálható. Bal fülön a súgó beszédet 30 cm.-ről hallja. *Weber* baloldalt erősen *„positiv“*; Rinné baloldalt erősen *„negativ“*. Jobb fül ép.

Ezen vázolt fülbántalom fejlődését tekintve, szerfölött hasonlított egy *„otitis media tuberculosa“*-hoz, a melyre jellemző a fájdalom és hőemelkedés nélküli lassú torpid fejlődés, a kevés seropurulens váladék és a hallásnak nagymérvű csökkenése, melyet javítani a szokásos tisztítás és átfúvás által nem sikerül. De a fülleletből ezen diagnosist már az első pillanatra el kellett ejteni azon egyszerű oknál fogva, mert itt kétségtelenül croupszerű álhártya képződését lehetett kórismézni, a melyet nem lehetett felcserélni a gümőkóros dobüreg gyuladásnál a dobhártyán látható coagulationalis necrosissal.

Az *„otitis media suppurativa fibrinosa“* kórképének sem felelhetett meg a bántalom, mert az otitis media suppurativa fibrinosánál, a hőemelkedésekkel és fülfájással járó megbetegedésen felül a coagulált fibrin nem képez álhártyát, hanem többnyire a sinus pretympanicust kitöltő és a hangvezető alsó felszinén felhalmozódó, könnyen leválasztható tömeget, a mely inkább kocsonyás, áttünőbb, vöröses szinű; holott a közölt esetben a dobhártyát fedő, azzal szervesen összefüggő, lapszerű crouphártyához hasonló hártya volt jelen.

A vázolt fülbántalom ocular inspectiónál leginkább hasonlított azon kórképhez, a melyet scarlatina, illetőleg scarlat-diphtheriánál látunk a dobüreg hasonló megbetegedésének kezdeti állapotában. De míg az úgynevezett scarlat-diphtheriás fülbántalomnál az elhalt dobhártya sokszor a hallászsontok egyike másikával egy coagulált tömeg alakjában a bántalom kezdetétől számítva már néhány nap mulva ellökődik és kiürül, addig itt a bántalom négy hetes volt, ezen felül az anamnesis a scarlatinás megbetegedést teljesen kizárta.

Mindent egybevetve már az első tekintetre ezen szokatlan fülmegbetegedés legalább is gyanusnak látszott abban az irányban, hogy egy croupos vagy a mi ugyanaz, egy diphtheriás elsődleges dobüregbeli lobbal van dolgom.

A bacteriologiai vizsgálatok, a melyeket *Pertik* tanár laboratoriumában végeztem és a melyekben *Winternitz* tanársegéd volt szives segédkezni, ezen gyanumat teljesen megerősitették.

Az álhártya felszinéről vett savós váladék, melyben az álhártyából egyes apró morzsák voltak, más microbiumot nem tartalmazott, mint a *Löffler*-féle diphtheria-bacillusra jellemző csoportosulásban levő, legömbölyített végű, kissé bunkós,

[1] Készítmények bemutatásával előadatott a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1897. évi január hó 28-dikán tartott ülésén.

darabosan festődő (legjobban a *Löffler*-féle methylenkékkel) bacillusok. Glycerin-agar oltáson thermostatban már 24 óra alatt kifejlődtek a laposan kiemelkedő, áttünőbb övvel körülvett, zsíros fényű, porczellán-fehér coloniák és pedig *teljesen tiszta culturában*, a melyekből fedőlemezen a Löffler-féle diphtheria-bacillussal és a fül váladékából vett fedőlemezkészitményekkel azonos bacillust lehetett festeni. A glycerin-agarcultura bacillusai valamivel hosszabbak, de karcsubbak a fülgenyben talált bacillusoknál. A fülgenyből készitett fedőlemezek közül gümőkór-bacillusra való vizsgálat teljesen negativ. Megemlitendő, hogy a fedőlemezekhez és az oltáshoz való geny a külső hangvezetőnek előzetes alcohollal való többszörös kitörlése után steril-tölcséren keresztül reflector világitása mellett a dobhártyán levő álhártyáról vétetett.

A néhány nap mulva fecskendezésre kiürült álhártya metszetein a következő szövettani és bacteriologiai lelet látható. Az álhártya maga fibrin gerendezetekből álló reczét képez, melynek egyik felszinén elhaltsejtű vérerek, hólyagszerűen felfújt hámsejtek, macerált piros vérsejtek és ruganyos rostok, mint a dobhártya elhalt szövet elemei láthatók. A fibrinrecze ki van töltve mono- és polynuclearis leucocytákkal, melyek a coagulationalis necrobiosis különféle stadiumában vannak; egyes helyeken ezek magva fonálszerű és szétforgácsolt. Az egész álhártyában elszórva, de mindenütt láthatók a Löffler-féle diphtheria-bacillusok, a melyek itt a szövetben sokkal hosszabbak és karcsubbak, mint a glycerin-agarcultúrában, de testük darabos volta még inkább feltünő.

A fülkürt tájékáról vett garatváladékból diphtheria-bacillust nem sikerült kitenyészteni, hanem e helyett tiszta culturában nőtt egy gyorsan növő, félgömbszerűen kiemelkedő, sárgás-fehér, lágy takonyszerűen nyúló colonia, mely nagy, kissé ovalis, csak a két polusán gyengén festődő, tokkal ellátott, inkább tojásdad rövid bacillusból áll, a melyet közelebbről meghatározni nem sikerült. Az észlelés ötödik hetében, midőn a dobhártya területe látszólag teljesen feltisztult az álhártyáktól, a genyből vett glycerin-agar oltásban már más mikrobiumok is találtattak és pedig a fent emlitett és az orrgaratból kitenyésztett tokos bacilluson kivül igen sok *streptococcus*-colonia nőtt, de a *Löffler-féle diphtheria-bacillus még mindig meg volt található.*

A diphtheria-culturával tengeri malaczot subcutan oltottunk; az állat két napon át betegeskedett, de nem halt el.

A betegség további lefolyása a következő volt: A beteg láztalan, fülfájdalma nincs, étvágytalan és nagyon bágyadt Négy-öt napi időközben fecskendezésre a dobhártya területéről a már leirt minőségű álhártya ürül ki. Deczember 5-dikén a dobhártya területe teljesen feltisztul, de a hámjától fosztott, dudoros vérző dobhártya oly képet nyujt, mint egy szederalakú polypus; ezen dudorok közül egyik másik erősebben növekszik, úgy hogy a betegnél, kit egy heti távollét után láthattam, csak a külső hangvezetőbe nyúló polypszerű sarjakat találtam, a melyeket kénytelen voltam eltávolitani. Január 16-dikáig ezen sarjdzások eltüntek, de a hangvezető bőre duzzadni kezdett és fülfájdalmak léptek fel; január 22-dikén és 23-dikán esti hőemelkedés, ugyanekkor a hangvezető fájdalmas duzzadása mellett a hangvezető bőrén teljes kiterjedésben a már a dobhártyán fejlődött álhártyához hasonló croupszerű hártyás izzadmány fejlődött, melyből csak erőszakkal és vérzés kisérete mellett lehetett egy darabot vizsgálat czéljából eltávolitani. Január 26-dikáig a hangvezető az álhártyáktól feltisztult, lelohadt, kivévén a felső falat, mely tasakszerűen lelógott, rajta egy szabálytalan czik-czakkos szélű, szalonnaszerű csapadékkal bevont fekély, melyen át kutatóval egy tasakba lehet jutni, melyből azonban váladék nem ürül, de a nyiláson át fehéres nekrotikus szövet látszik. Jelenleg ezen tasak is eltünt, a külső hangvezető bőre rendes, lumene csak kissé szükült. A dobhártya peripherikus maradéka azonban most is sarjadzásokkal borított, duzzadt, beszürődött, a dobüregi váladék csekélyebb. Súgó beszédet balfülén 50—60 cm.-nyire hall. A mi a bántalomnak a therapiáját illeti, az az egész idő alatt antiseptikus eljárásból állott. Indikálva lett volna a serumtherapia, de részint a lefolyás simább észlelése miatt, részint mert más sürgető ok nem volt, ezen kezelést nem alkalmaztam.

A közölt eset klinikailag és bacteriologiailag kétségtelenül egy *genuin diphtheria a dobüregben*, mely minden valószinüség szerint *per tubam* való infectio következtében fejlődött, ámbár a torokból már nem sikerült a diphtheria-bacillust kitenyészteni. A laboratoriumi vizsgálatoknak van ugyan egy hiányossága, ez az állat-oltás negativ volta. De ha tekintetbe veszszük a diphtheria-bacillus virulentiájának nagy határok között való ingadozását — hiszen a betegnél is a folyamat meglehetős torpid módon folyt le —, úgy talán az állatoltás sikertelensége nem döntheti meg a jelen esetben a többi bacteriologiai és a klinikai tényeket. Pseudodiphtheriának meg azért nem lehet venni az esetet, mert a kitenyésztett bacillus nemcsak morphologiailag hasonlitott a valódi diphtheriához, de emberen a diphtheriánál észlelt pathologiai elváltozásokat okozott, tehát nagyon is pathogen volt. Még megemlitésre méltó azon észlelet, hogy midőn a bántalom klinikailag már nem hasonlitott diphtheriához, midőn már az álhártya képződés megszünt, a fülváladékban bár streptococcussal keverve, de a *Löffler-féle diphtheria bacillust még mindig ki lehetett tenyészteni.*

(Folytatása következik.)

Közlemény Kézmárszky Tivadar I. szülő- és nőbeteg klinikájából.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyai a terhesség különböző szakaiban, tekintettel az anya testi fejlődésére és azon változásokra, melyeknek a magzat teste a szülés következtében alá van vetve.

Weisz Ferencz dr.-tól.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyait akként állapitottam meg, hogy minden észlelt eset korát az utolsó tisztulás, illetőleg először érzett magzatmozgás alapján és sok esetben a méh objectiv méreteiből a bekövetkezett szülés idejéig számitottam ki.

A fejlődési viszonyokra vonatkozólag emlitem, hogy felvettem a magzatok hosszát, súlyát, fejméreteit és ezek közül nevezetesen a nagy ferde, kis ferde, nagy haránt, kis haránt, egyenes átmérőket és a legnagyobb, nagy és kis fej kerületeket. A magassági átmérőt nem vettem fel azért, mert az anya fejméreteivel való összehasonlitásoknál a méretek nem lehetnek pontosak: a gyermeknek ugyanis mérésünkkor fogsora nincs, míg az anya fejmagassági átmérője természetszerűen a fogsorral együtt méretik.

A függelékeknél felvettem a placenta súlyát, annak két szélességi átmérőjét, továbbá a köldökzsinór hosszát és a köldöknek a lepényen való tapadását.

Az anyák testi fejlődésére való tekintettel, felvettem az anyákon, ép úgy mint a magzatokon a hossz-, súly- és fejméreteket. Mivel pedig köztudomás szerint a magzat fejlettsége a terhességek számától is függ, tekintettel voltam az anyák terhességének számára, nemkülönben a korra is. A súlyméreteket az anyáknál kétszer vettem fel, t. i. a terhesség végén és a gyermekágy végén és az összehasonlitásnál azok középértékét használtam.

Miután a magzat fejlődésére nemcsak az anyák, de az apák is befolynak, utóbbiakra is fordítottam figyelmemet és 50 állitólagos apának sikerült is úgy hossz-, súlymint fejméreteit megmérnem; a többinek méreteiről legjobb akaratom daczára le kellett mondanom, mert lehet, hogy sokan, midőn neszét vették, hogy a férjek incommodáltatnak, a mennyiben teljesen levetkőzni kényszerültek és igy állani a mérlegre; vagy abbeli félelmükben talán, hogy soknak a lelkiismerete nem volt a legtisztább és féltek, hogy a fejméreteket arra fogom felhasználni, hogy esetleg a rendőrség-

nek adom át és így talán adott esetben utóbbinak megkönnyítem a munkáját, mint erre egyesek gyanakodtak is: utóbb nem igen látogatták meg feleségeiket a klinikán és ha elvétve akadt is egyik-másik, ezek már jó előre eltagadták apai voltukat, nehogy esetleg mérlegünkkel vagy cephalometerünkkel megismerkedni kényszerüljenek.

Tekintettel arra a körülményre, hogy a magzat teste szülés közben változást szenved, ezen elváltozásokat a fej méreteiből állapítottam meg, mert hiszen itt tulajdonkép csak a fej változásai jönnek szóba akként, hogy felvettem a fejméreteket azon esetekben, hol a szülésnél jelen voltam, közvetlenül szülés után; azon esetek közül pedig, melyeken a szülésnél jelen nem lehettem, csakis azokat, melyeknél 12 óránál nagyobb időköz nem mult el. A hol nagyobb időköz mult el, azokat mellőztem. Az első 12 órai időközben levő eseteket felvettem azért, mert mint a szerzők vizsgálataiból kitünik, a fej nem változtatja meg mindjárt formáját, a mint a nyomás alul felszabadult, mert a fej inkább plastikus, semmint rugalmas test és ha valamivel meg is változnak a méretek később és nem ugyanazok, mint a szülés után közvetlenül, ez csak kis jelentőségü lehet, mert ahhoz, hogy a fej rendes alakját érje el, hosszabb idő szükséges; hogy mennyi, azt még pontosan nem tudni, körülbelül 4—8 nap között, mint azt Bäcker, Budin és mások vizsgálataik után állítják s mihez észleléseim alapján csak hozzájárulhatok. Ez iránybeli észleléseimet úgy tevém, hogy a fejméreteket nemcsak a szülés utáni napon, hanem az azt követő negyedik illetőleg nyolczadik napon ismétlém. A valószinüleg normalis fejet nem volt szerencsém megmérhetni, mert bár volt a klinikán sectio caesarea esete, én jelen nem lévén, nem mérhettem.

Az utoljára jövő fej méretei, bár Ohlshausen szerint ez volna a normalis fejméret, nagy valószinüséggel nem fogadhatók el azokul.

A fej méreteit a következő átmérők szerint állapitottam meg:

1. Nagy ferde (diameter occip. ment. longitud.); az állcsúcstól Naegele szerint a kis fontanelláig (lambdapont), Chailly Honore szerint a protuberantia occipit. externáig (inion), vagy Schröder szerint az occiput legtávolabb pontjáig (extrenum) mért távolság.

Én a Nägele-féle méretet — gnathion lambdapont — vettem fel.

2. Egyenes átmérő (d. occip. front.); mivel csecsemő agykoponyáján a glabella még nincsen kifejlődve, külső fixpontnak az orrgyököt a 2 margo supraorbitalissal összekötő részt (nasion) vettem. Hátsó végpontnak a lambda pontot.

3. Kis ferde átmérő (d. suboccip. bregmat.); azon ponttól mértem, hol a nyakszirt a tarkóba át megy, a nagy fontanella közepéig.

4. Haránt átmérők:

a) nagy haránt (d. transv. max.) a két falcsont dudor közötti távolság,

b) kis haránt (d. bitemp. seu intercoron.) a legnagyobb homlokszélesség, a koronavarratok leszálló ágai között a legnagyobb távolság.

5. Fejkerületek:

a) legnagyobb, vagyis a nagy ferde, gnathion-extremum végpontjai között vont kerület;

b) a nagy, vagyis a fej egyenes átmérője körül vont kerület;

c) a kis, vagyis a kis ferde körül vont kerület.

Mérő eszköznek körző alakú eszköz használtatott és a párhuzamosan mozgó szárakkal biró cephalometer. Egy kisebb cephalometer szolgált magzatok számára és egy nagyobb anyák számára.

A kerületek megmérésére pontos millimeterekre beosztott mérő szalag szolgált.

A magzatok és anyák hosszát hosszmérővel mértem. A súlyt pontos decimal mérlegen határoztam meg.

A magzatoknak fejlődési viszonyait az egyes hónapok szerint — itt tartom helyén valónak emliteni, hogy holdhónapokat értek —, mint az alábbiakban látható lesz, egy sorozatban tüntettem fel és ha a korai hónapokban levő magzatok fejlődési viszonyait nem saját tapasztalataimból van szerencsém feltüntetni, úgy az nem rajtam mult, mert ellenkezőleg tudom, munkámnak becsét csak emelte volna az, ha oly dolgokkal, mikről mondhatnám hozzáférhetetlenségük csak kevés összehasonlító kritikai adat közlését engedte meg, részemről is hozzájárulhattam volna a kérdés tisztázásához. De anyaghiány miatt kénytelen valék egyszerüen csak más szerzők adatait emliteni és nevezetesen az első, második, harmadik hónapra vonatkozó esetekben. A negyedik hótól kezdve már saját észleléseim alapján bátorkodom ugyanott beszámolni. A terhesség korai megszakitásánál egyes esetekben, illetőleg a legtöbb esetben külön vettem fel a magzatok méreteit és külön a függelékeit. Egyes esetekben pedig, a mikor a pete in toto megszületett és vagy érdekességénél vagy különlegességénél fogva a klinika muzeumának gyarapitására fordittatott, ott a függelékek méreteitől el kellett tekintenem, ép úgy a magzatoknak pontos súlyméreteitől.

Hogy észleléseim legtöbbje érett esetekre vonatkozott, ez talán érthető, ha tekintetbe veszszük ama körülményt, hogy észleléseim klinikán történtek, a hová a szülőnők legnagyobb része csak a terhesség utolsó idején jő el és csak aránytalanul kis rész az, mely már előbb veszi a klinika segélyét igénybe.

Összes eseteim száma 200, ezek közül fiú 106 volt, leány 94. Négy hónapos volt egy, öt hónapos 2, hat hónapos 4, hét hónapos 7, nyolcz hónapos 17, kilencz hónapos 29, tiz hónapos 140.

Mielőtt saját eredményeimről beszámolnék, talán nem lesz fölösleges, ha idegen szerzők észleléseit közlöm, nevezetesen az első 2 hóból való eseteket Hiss után, a 3. hónaptól a 8-dikig bezárólag Hecker után, a 8-diktól végig Ahlfeld után.

Az első hónapban a petét Hiss 10 különféle stadiumba osztja. 1. stadium a csirhólyagon az embryo-folt képzése. 2. stad. a primitiv-csatorna képzése (utóbbi azonban emberi petén még nem észleltetett). A 3-dik stadiumban a hátkorongok és az elülső csirredő képződik. Már most bir az emberi pete zárt amnionnal s vastag, az embryot a chorionnal összekötő nyéllel. A 4. és 5. stadiumban a mellső csirredő hátrafelé hajlik és az őscsigolyák tagozódása lép fel. A 6. és 7. stadiumban agyvelő és gerinczvelő még zárt. A szív valószinüleg már működik ilyenkor. A 8. stadiumban a test elgörbülése tovább folytatódik. A 9-dikben az agy tagolódása tovább tart. A köldök felett a májduzzanat első nyomai lépnek fel. A 10. stadiumban a végtagok első duzzanatai kezdenek mutatkozni. Az embryo ilyenkor 4 mm. hosszú s körülbelül 3 hetes. Innen kezdődőleg képződik világosan a tarkó görbültség, a szem is jelentkezik és a 4 nyelési barázda világosan látható. Az embryók ilyenkor az első hónap végén 7—8 mm. hosszúak. A görbültség tovább tart az első hónap végén ugyanannyira, hogy a fej a farral majdnem érintkezik. A tarkó duzzanat feltünően jelentkezik, a végtagok széles lebenyeket képeznek, a köldökhólyag ilyenkor már nyéllel bir.

A második hónapban 8—9 mm.-től nő $2^1/_2$ cm.-ig. Ilyenkor még más t. i. állati embryotól nem különböztethető meg. A kéz és lábnyomok jelei most mutatkoznak. Az előfej az agy növése által tömegben gyarapszik, a végtagoknak 3 részbe tagolódása először a felső végtagon mutatkozik. A második hónap 2. felében az agy rapid növekedése folytán a fej nagyobb, mint a törzs, a végtagok már legkisebb részletükben is megismerhetők. A külfül már képződött, a külső genitaliák jelen vannak, a fardudor kevésbbé csúcsos.

A 3. hóban a pete lúdtojásnyi, az embryo 7—9 cm. hosszú és 5—20 gm. súlyos. A legtöbb csontképző szövetben ossificatio pontok képződtek. Kézujj s lábujj körmökkel világosan megkülönböztethető. A külgenitaliák külön válni kezdenek.

A 4. hónapban a foetus 10—17 cm. hosszú és 120 gm. súlyú, a nemi jelleg már világosan megkülönböztethető.

*

Az 5. hónapban a foetus 18—27 cm. hosszú, átlagban 284 gm. súlyú. A fejen haj jelentkezik és lanugo van az egész testen.

A 6. hónapban 28—34 cm. hossza mellett a középsúly 634 gm.-ot tesz. A zsírképződés most kezdődik, a bőr még nagyon redőzött, a fej aránytalanul nagy. Ilyen időben született foetus inspiratiós mozgásokat tesz, tagjait mozgatja, de mind a mellett rövid idő alatt tönkre megy.

A 7. hónapban a foetus 35—38 cm. hosszú s 1218 gm. súlyú. Az egész test a csekély zsírlerakódás miatt sovány, a bőr vörös s vernix caseosaval fedett. Magzatok, melyek a 24—28. hétben születnek, tagjaikat már meglehetősen mozgatják, gyenge hangon sírnak és a legtöbb a leggondosabb ápolás daczára az első órákban vagy legalább is a szülés utáni első napokban tönkre megy.

A 8-dik hónapban a magzat $42^1/_2$ cm. hosszú és átlagban 1900 gm. súlyú. A membrana pupillaris perseverans eltünik s a külbőr még vörös; ilyen korban született gyermekek (28—32 hét) igen kedvező körülmények között életben maradhatnak, azonban igen gyakran s könnyen tönkremennek.

A 9. hónapban a magzat hossza $46^3/_4$ cm. 2500 gm. átlagos súly mellett. A nagyobb zsírlerakódás miatt a test alakok gömbölyűek lesznek és az arcz ránczosságát elveszíti. A 32—36-dik hétben született magzatok ugyan sokkal nagyobb halálozási arányt mutatnak, de kedvező körülmények között életben maradhatnak.

A 10. hónapban a foetus 49—50 cm. hosszú, s 3100 gm. súlyú. A bőr még vörös, de sima és ellenálló, fül- és orrporcz puha. A 10. hónap utolsó idején a foetus az érett magzat minden tulajdonságát felveszi s tőle meg nem különböztethető.

M. Frank újabban az Archiv für Gynaek.-ban megjelent munkájában „Ueber den Werth der einzelnen Reifezeichen der Neugeborenen" fontosnak tartja a rendes érettségi jeleken kivül, hogy a gyermekek önmelegének fokára, a lanugo jelenlétére és a körmök alkotására nagyobb figyelem fordittassék az érettség megállapitásánál és egy új positiv irányban értékes jelt talált a vállkerületnek nagyobb voltában a fejkerülethez képest.

Értéktelennek tartja azonban az umbilicus tapadását, a placenta súlyt, véralkotást és a nagy fontanella méreteit positiv irányban.

Ő is a mellett van különben, hogy egy érettségi jel soha sem döntsön az érettség megállapitásánál, hanem figyelembe veendők az összes jelek, valamint az általános benyomás.

Meg akarom említeni, hogy a magzatok korának megállapitásánál lehetőleg pontosan jártam el, a mennyire csak lehetett és minden esetben azon voltam, hogy egész pontossággal tudhassam meg az utolsó menstruatio napját.

Ez azonban nem mindenütt volt lehetséges, mert különböző fokon álló intelligentiájú nőkkel volt dolgom és néhány (sok) esetben be kellett érnem az utolsó menstruatio melyik hónapban való megtörténtével és nem a napéval. A termékenyitő coitustól számitott időtartam meghatározására ilyen körülmények között természetesen gondolnom sem lehetett.

A termékenyitő coitustól számitott időtartam Schlichting szerint középátlagban 270 napi terhességi tartam.

Az utolsó menstruatiótól számitott időtartam Heckernél 272·69 napot tesz. Ahlfeld a poliklinikában 272·82 és a klinikán 268·68 napot talált, G. Veit 276—282 napot. Nálam 278·12 nap volt átlagban, s a különböző szerzőknél 236—334 nap között változott az időtartam. Épen úgy mint az embereknél, az állatoknál is nagy ingadozású az időtartam. Igy pl. elefántnál 625 nap, giraffenál 444 nap, lónál 340 nap, tehénnél 285 nap, juhnál 154 nap, disznónál 120 nap, kutyánál 60 nap, tengeri malacznál 63 nap, stb.

Az először érzett magzatmozgásokat számitva alapul az időtartam meghatározásánál, itt még sokkal nagyobb ingadozások szoktak lenni, úgy hogy ezen számitás egymagában pontosságra nem tarthat igényt, de mindkét eljárás egybevetve kitünően egészíti ki egymást.

(Folytatása következik.)

Szemelvények a budapesti Stefánia-szegénygyermekkórház casuistikájából.

Közlik: *Berend Miklós* dr., kórházi első segédorvos és *Preisich Kornél* segédorvos.

(Folytatás.)

A gyermekkor cerebralis hemiplegiái és diplegiájának még nem egészen tisztázott kérdéséhez szolgáltat néhány adatot a következő eset: J. Albert, 6 éves, állitólag protrahált szülés után asphyxiában született. Szülei az első évben alig vettek észre nála rendellenességet, de mikor a gyermek a második évben sem kezdett el járni, orvosi segélyt vettek igénybe, de eredménytelenül; a gyermek sem ülni, sem járni, sem beszélni nem tanult meg; a kórházban felvételkor a következő kórképet mutatta:

A korához képest kissé gyengén fejlett és táplált gyermek csontrendszere ép, izomzat középtérfogatú, mindenütt tömött tapintatú. Bulbusok állandóan le- és összenéző állásban, bal pupilla tágabb mint a jobb; fényre renyhén reagálnak; mindkét szemen majdnem állandóan rotatorius nystagmus észlelhető. Fejalkat brachycephal, cyrtometrikus görbe symmetrikus, fejkörfogat a kornak megfelelő, a nyakszirttáj lapos, meredeken esik le. Mellkasi és hasi szervek vizsgálata semmi rendellenességet nem tüntet fel, vizelet normalis. A felső végtagokat a gyermek egészen szabadon mozgatja, de legtöbbször a karok a törzstől kissé abducálva, könyökben hajlítva, a kezek kissé dorsalflectált, pronált helyzetben tartatnak, a supinatio nehezített. Ezen helyzetből a gyermek karjait minden intendált mozgásnál elég könnyűséggel mozditja ki, de azok végeztével a karok mintegy kényszerállásukba újra visszatérnek. A behajlitott karok főleg a feszités ellen nagyobbfokú passiv ellenállást fejtenek ki, a karizmok feszes, tömött tapintatúak. Az alsó végtagok majdnem állandóan térdben hajlítva, a czombok a has felé húzva, az alszárak keresztezve tartatnak; e helyzetből a teljes feszités csak igen nagy ellenállás leküzdése után sikerül: az alsó végtagok izmai már nyugodt helyzetben is tömött, feszes tapintatúak, feszitési kisérletnél azonban teljesen megmerevednek. Activ mozgások intensitása igen kicsi; ülni a gyermek nem képes, ha felültetjük, a gerinczoszlop erősen kyphotikussá válik, a gyermek mindkét karját az alaphoz feszitve támasztja magát, de az egyensúlyt nem képes megtartani.

A beteg arczkifejezése merev, mimikus arczmozgások igen lassan, vontatottan végeztetnek; intelligentia nagy fokban csökkent, beszélni csak összefüggéstelen szótagokat tud, órákon át részvétlenül fekszik ágyában, vizeletét és székletét maga alá bocsátja, kivánságait csak siránkozás, erősebb kar- és fejmozgatás által fejezi ki, környezetéből senkit nem ismer. Hallása azonban épnek látszik, nagyobb zörejekre reagál, valamint fényes tárgyakat is fixál, úgy hogy látása is épnek mondható.

A *Little*-féle kór ezen elég typikus képét adó esetén kivül még néhány hasonló esetet észleltünk a kórházi rendelésen, melyek leirását ezúttal mellőzük, csak azt tartjuk kiemelendőnek, hogy a szülési trauma majdnem minden esetünkben ki volt mutatható.

Mindezen, a szülési trauma után fejlődő spasmoparalysisek jellemző mozzanata, hogy a merevség felülhaladja a hüdést, hogy sorvadás nem fejlődik ki, hogy intelligentiazavarok csak ritkán hiányzanak s az alsó végtagok bántalma súlyosabb. Olyan kifejlett esetben, mint a fent leirt, a beteg csakugyan a „tardigrade animal" benyomását gyakorolja. (Little.) Hogy a nehéz szülés utáni asphyxia, melyet egyik legjelentősebb aetiologikus momentumnak kell tekintenünk, meningealis vérzések, a motorikus kéreg sclerosisa, vagy a pyramis-pályák rendetlen fejlődése vagy épen agenesiája-e az oka ezen spastikus paraparesiseknek, azt eldöntenünk annál nehezebb, mert a sectio sem ad ezen tekintetben kellő felvilágositást. Azon porencephaliák, cystaképződések, melyeket ezen esetekben észleltek, még azon irányban sem differentiálhatók, hogy praenatalis, congenitalis, vagy extrauterin volt-e a kezdeti laesio; úgy hogy egyelőre mindezen cerebralis spastikus hüdéseket, jelentkezzenek azok általános spastikus merevségben, spastikus paraplegiák avagy athetosis spastica alakjában, csakis klinice különböztethetjük meg egymástól, valamint a cerebralis diplegiától, mert ez utóbbiak boncz lelete is teljesen negativ arra nézve, hogy mi is volt tulajdonképen a kezdeti laesio. Mig azonban a cerebralis diplegiák eredetét legtöbbször nem dönthetjük el, a cerebralis hemiplegiák 30%-áról tudjuk, hogy infectiosus betegségek következményei és az extrauterin életben szerzettek. Ilyen eset a következő:

346. P. Ferencz 12 éves, négy év előtt hirtelen a jobboldali végtagok hűdése lépett fel, ugyanakkor fejfájás, láz. Beszélni pár napig akkor nem tudott. Azóta fokozatos javulás; két éve rángások a megtámadott oldalon. Status praesens a felvételkor:

A jobb facialis alsó részének innervatiója kissé csökkent, sulcus naso-labialis kissé elsimult. A jobb váll mélyebben áll mint a bal, a jobb kar és kéz izmai kissé sorvadtak, a musc. biceps, valamint a kéz izmai állandó contracturában vannak; jobblábával csak biczegve jár, azt állandóan maga után húzza, térdben kissé hajlítva tartja, feszítési kisérletnél csekély érzékenység. A jobboldalon úgy a felületes, mint a mély reflexek igen fokozottak; úgy a kéz, mint a láb izmai állandó nyugtalanságban vannak, a kéz, valamint a láb ujjai felváltva lassan kinyujtatnak és behajlíttatnak. Úgy a kéz, mint a láb izomereje tetemesen csökkent.

Ezen esetben minden valószinűség szerint egy polioencephalitis acuta következtében fejlődött ki a hemiplegia, míg a következő esetben minden esetre egy cerebrospinalmeningitisből fejlődött encephalitis következményével volt dolgunk:

625. K. Imre, 7 éves, 15 hó előtt pár hétig tartó hányással és lázzal kezdődött, tarkófájás és merevséggel járó bántalmat állott ki, melynek következtében a jobb felső és alsó végtag spastikus hűdése maradt vissza; a jobb facialis alsó ága is paretikus. Úgy a felső, mint az alsó végtag sorvadott, izomereje gyengült, járni képtelen, karját használni nem tudja, nem beszél, nem hall. Úgy a felületes, mint a mély reflexek a hűdött oldalon fokozottak; a jobb lábon igen intensiv, tetanikus clonus váltható ki, patellarreflex é intésre is kiváltható; *a baloldali reflexek vizsgálatánál a hűdött oldal izmai is rángásba jönnek.*

Ha ezen hemiplegiákat a *Little*-féle kór leirt esetével összehasonlítjuk, a különbségek annak kétoldaliságán kivül is szembeszökők; míg az előbbinél a hűdés csak jelezve van s a beteg végtagjait active is képes mozgatni, addig ez nincs meg a hemiplegiánál; előbbinél a láb, utóbbinál a felső végtag van inkább megtámadva; s míg a spastikus paraparesis lényege a sorvadás nélküli izommerevség (mely azonban a hűdési contracturával nem egy, mert hisz a beteg karjait és lábait merev helyzetükből ki tudja mozditani), addig a hemiplegiáknál a contractura csak a hűdést követő másodlagos tünet. Ezen különbségek szemmel tartása esetleg a prognosis szempontjából fontos lehet, ha arról van szó, hogy egy congenitalis paraparesist valódi kétoldali hemiplegiától megkülönböztessünk.

Egy esetben észleltük a „*Friedreich*-féle örökölt ataxia" kórképét. (Bemutatva a budapesti kir. orvosegyesület 1895. október 26-diki ülésén.)

A beteg atyja előtte ismeretlen betegségben halt el, anyja és egy testvére él és egészséges. Luesre anamnestikus adat nem volt kideríthető, görcsei sohasem voltak, hat éves korában kiállott morbilli-n kivül mindig egészséges volt. Idegbetegségek iránti családi terheltség nincs jelen, a mi az eset izolált voltánál fogva érdekességét még növeli. Két év előtt vették észre, hogy az addig ép és intelligens gyermek járása ingadozó, majd tántorgóvá vált, hamar fáradt; ezen állapot folyton súlyosbodott s ma a beteg a kór három éves fennállása után állni vagy járni támasz nélkül majdnem képtelen, tántorog, sokszor elesik. Járása széles alapú, toppanó léptekkel, egész talpát téve le, kezeivel kapaszkodva jár, miközben fejét mereven előre hajtja, de az is kisebb-nagyobb ingásokat végez; összetett lábakkal vagy behúnyt szemmel megállni épúgy képtelen, mint egyik lába sarkát a másik nagy ujjára helyezni. Ugyanilyen az ataxia a felső végtagokban, melyek mozgása incoordinált, vontatott, a kinyujtott kar szabálytalan, nagyobb ingású, nem intentionalis lengéseket mutat, ujjával előre tartott pontra rámutatni képtelen. Izomereje az alsó végtagokban, főképen azok flexorikus oldalán gyengült, hosszabb járás után a lábakban tompa húzó fájdalmak lépnek fel, más érzési zavar nincs jelen. Beszédje vontatott, eléggé értelmes. Jobb pupillája valamivel tágabb, úgy fényre, mint alkalmazkodásra mindkettő eléggé reagál; nystagmusa nincs, nyelési, székelési vagy vizelési zavarok nincsenek jelen. Triceps, cremaster és hasreflex kiváltható, láb- és térdreflex teljesen hiányzik.

A kórisme felállításánál korai, luetikus alapon fejlődött tabest a pupillaris reflexingerlékenység megtartása miatt, cerebellaris tumort pedig a karok ataxiája és direct agyi tünetek hiánya miatt zárhattunk ki.

Egy esetben észleltünk syringomyeliát a következő kórképpel.

(826. sz. M. Miklós 9 éves.) A teljesen intelligens beteg három hó óta veszi észre jobb kezének gyengülését. A jobb kéztő izmai erősebben sorvadtak, az ujjak és kéztő bőre barnás színezetű, a spatia interossea beesettek, thenar és antithenar puha tapintatúak, az ujjvégek kissé vastagodottak. A kéz nyomó ereje csökkent, lassú activ mozgásra azonban még képesített, időnkint az ujjakban sugárzó fájdalmak. Tapintásra a sorvadt helyeken még a finomabb érintés is pontosan jelezteti, *hő- és különösen a fájdalomérzés igen csökkent.* Ezen érzéscsökkenés határa feljebb van, mint a sorvadásé, s egész az alkar középső harmadának alsó határáig követhető. Reflexek kiválthatók, nem fokozottak. Jobb pupilla szűkült, fényre mindkettő alkalmazkodik. Bal kézen, s az alsó végtagokon semmi rendellenesség. Villanyos vizsgálatnál a sorvadt rész villamingerlékenységének csökkenése constatálható.

Syringomyeliának kellett tartanunk az esetet, mert gliomatosist a gerinczagyban felvenni semmi okunk nem volt; a kórisme nem lehet kérdéses, a tünetek egészen kifejezetten felelnek meg egy a canalis centralis körüli kis területü megbetegedésnek; legfölebb a plexus brachialis megbetegedése jöhetne szóba, de ezt a kezdeti izgalmi tünetek hiánya és a localisatio épen úgy kizárni engedték, mint más megbetegedéseket; a nyaki gerinczoszlop ép volta miatt caries, mely az alsó csigolyákon localizálva hasonló kórképhez vezethet, ugyancsak nem jöhetett szóba; atrophia muscularist kizár a trophikus érzési zavar. Syringomyelia általában azon megbetegedések közé tartozik, melyek a gyermekkorban csak igen ritkán észleltetnek, annak daczára, hogy rendesen congenitalis, fejlődési rendellenesség, mely azonban főkép a 20-dik év után szokott tüneteket előidézni.

Az agytumor eseteink közül egyet tartunk megemlitendőnek.

1134. J. sz. R. Adolf, 10 éves. 1894. év junius havában fejét egy láda sarkába ütötte, de csekély fejfájáson kivül egyebet ekkor nem érzett. Október elején hirtelen lépett fel az addig teljesen egészséges betegnél pár órai eszméletlenséggel járó görcsös roham, azóta járása ingadozóvá vált, kezeiben görcsös rángások jelentkeznek, többször összeesik, hangja dunyogóvá vált, beszéde zavart, szótagbotlást tüntet fel, időnkint diplopiája van. Felvételkor (1894. november 22-dikén) a bal homlokcsont és falcsont találkozási helyén körülbelül 4 cm. hosszúságú, síma, a csont felett szabadon mozgatható heg; csonthorpadás nincs. Az arczkifejezés zavart, nézésnél merev, a pupillák egyenlők, fényre és alkalmazkodásra reagálnak; nyelv és garatívek működése kissé vontatott. A beteg álláskor is tántorog, igen kifejezett motorikus és statikus ataxia mind a négy végtagban; a bal szájzug kissé visszamarad, sulcus nasolabialis kissé elsimult. Érzési körben csekély hyperaesthesián kivül semmi eltérés, reflexek, főleg a baloldalon fokozottak, Achilles inreflex mindkét oldalon kiváltható. Deczember 19-dikén, nyugodtan átaludt éjjel után teljes aphasia és baloldali hemiparesis fejlődött, a bal arczfél redői elsimultak; az arczfél erősen kipirult. Az aphasia a nap folyamán részben szűnik, de a garatívek működése renyhe, a beszéd teljesen érthetetlen, dunnyogó, inarticulált hangokból áll, nyelési nehézségek, az intelligentia csökkent, az arczkifejezés idiotikus. Az eszmélet fokonkint elvész, nagyobb nyálcsurgás jelentkezik, nyelési nehézségek fokozódnak, majd szivgyengeség tünetei közt bekövetkezik a halál február 3-dikán.

A bulbaer tünetek annyira uralták az esetben a kórképet, hogy tekintetbe véve az előrement traumát és a jellemzetes, rohamokban való fellépést, psuedobulbaerparalysis felvételre jogosítottak fel. Agytumorra utaló tünet nem volt jelen (pangási papilla is hiányozott), a hűdött garatizmok nem mutattak atrophiát, másrészt a psyche résztvétele a kóros folyamatban is támogatni látszott a feltevést. A boncz-lelet a következő volt: *Glyoma molle haemorrhajicum partim necrotisans pontis Varoli, et medullae oblangatae superioris, hydrocephalus internus chroncius. (Preisz tnr.)* Ez esetben tehát egy valódi *bulbaer paralysis ex compressione* volt jelen, nem ugyan aneurysma által feltételezve, mint a hogy legtöbbször szokott, de a glyoma által előidézve. Nem lehetetlen, hogy az apoplectiform-rohamok a glyoma állományában időközönkint létrejövő vérzések következményei voltak. Az esetet nagy ritkaságnál fogva különösen érdekesnek kell tartanunk.

Az idegrendszer megbetegedéseinek köréből meg kell még említenünk egy siderans poliomyelitist, mely egy hét alatt halálhoz vezetett:

688. J. sz.: B. János, 11 éves, öt nap óta sem felső, sem alsó végtagjait nem képes mozgatni; láza, görcsei nem voltak; reggel vették észre a szülők, hogy a gyermek mozdulni nem tud; fájdalmai nem voltak. Bemutatáskor mindkét alsóvégtag teljes hűdése, a felsők paresise van jelen; érzési eltérés nincs, reflexek, a bőrreflexek kivételével ki nem válthatók; a sphincterek működése normalis; a kórkép egészen jellemző a poliomyelitis acuta-ra, de különösnek kell tekintenünk, hogy a kezdet ily kiterjedt folyamat mellett ennyire lappangva fejlődhetett. Hogy a folyamat milyen intensiv volt, a lefolyás bizonyította be. A felvétel utáni napra a nyak és a felső végtagok izmai is teljesen hűdöttekké váltak, a légzés folyton nehezedik az intercostalis izmok hűdése folytán, utoljára jóformán csakis diaphragma-légzés volt jelen; az eszmélet az agonia végéig megmaradt, utoljára megfulási halál a diaphragma kimerülése folytán 21-dikén. A szívműködés a légzés megszűnése után még félóráig volt észlelhető. A bonczolat a diagnosist megerősítette.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Symmetrice fellépett gangraena spontanea (senilis, arteriosclerotica) vagy gangraena symmetrica Raynaud?

Alant közölt rendkivül érdekes esetem s hozzáfüződő megjegyzéseim kapcsán legyen szabad egy bár ritkán előforduló, de igen érdekes kóralakról egyet-mást elmondanom. Esetem a következő:

1894. április 26-dikán Baranya-Kistelek községébe Schwarcz vendéglőshöz híttak. Nevezett 65 éves erőteljes ember állítása szerint 2 nappal előbb háza istállójában lova körül szorgoskodva, a ló szilajsága folytán sérülést szenvedett jobb alkarján. A helyet megnézve, a jobb alkar singi oldala alsó harmadában ökölnyi kiterjedésben erős phlegmonét találtam, a mellett mérsékelt láz is volt jelen. Az ajánlott incisiót a beteg perhorreskálja, vizsgálni is alig engedi magát, folyton jajgat, könnyen jön indulatba, igen ingerlékeny természetű, felesége szavai szerint mindig igen „wehleideg“ volt. Csak erős rábeszélésre határozta el magát további 2 nap mulva az operatióra, mikor már nagy láz, heves fájdalmak, álmatlanság gyötörték. Többszörös incisiók, antiseptikus irrigatiók, a végtag elevált helyzetben való tartása mellett a lázak engedtek, a genytermelés megszünt, a sebek gyógyultak. Minderre körülbelül 10 nap kellett. Beteget azonban baja erősen megviselte. Erősítő diaetát, bouillont, tojást, cognacot valamint chinint adagoltam in refracta dosi. Feltünvén egyszersmind ezen nagy gyengeség, a belszervek vizsgálatát is megejtettem nála, midőn a mellkas és alhasi szervek felett eltérés tapasztalható nem volt. Beteg csak pár hónap óta a bokaizületben hébe-hóba fellépő szaggató fájdalomról tett említést az anamnesis felvételében s elmondta, hogy Pain-Expeller czímű házi szert azaz patika specialitást használ e fájdalmak kitörésekor. A mennyiben azonban előadása szerint már pár hét óta e fájdalmak megszüntek s a boka táján eltérés tapasztalható nem volt, különben pedig kivéve a gyengeséget, mint említém, eltérés sehol nem mutatkozott, jó prognosist nyujtva s az utolsó kötést alkalmazva alkarján hazasiettem.

Május 10-dikén délben sürgősen híttak a beteghez azzal az üzenettel „hamar, mert haldoklik“. Oda sietve (vagy 1/4 órányira köröm székhelyétől) a beteget a következő jelen állapotban találom. Az ágyban fekvő, erősen lesoványodott férfiú arcza igen sápadt, homlokán hideg veritékcseppek; a hozzáintézett kérdéseket hallja, megérti, felel is rájuk csak alig hallható hangon s igen keveset, szíve felé kap lépten-nyomon. A légzés felületes és gyors, szívmüködés igen felmagasztalt, a gyenge pulsus szapora, könnyen elnyomható, vagy 100—110 egy percz alatt. Folyton ájuldozik, erős szívtáji oppressióról, szédülésről, rosszullétről panaszkodik, a mellett az újra megejtett vizsgálat eredménye a fenti tünetektől eltekintve teljesen nemleges. A megejtett vizeletvizsgálat, melyet minden collapsussal járó bajnál szoktam eszközölni nyomban, fehérnyét, czukrot nem mutat. A végtagokon sem motorikus sem sensitiv eltéréseket sehol kimutatni nem lehet. Beteg a nyujtott cognacot jól nyeli le, az nem folyik le egyik szájzúga felől sem, homlokát ránczba szedni tudja. Erős excitantiák belső adagolása és subcutan injectiója után a beteg állapota lassan javul. Körülbelül 2 óra lefolyása után, mely idő alatt a betegágynál jelen voltam, aránylag jól érzi magát, bár még mindig, de ritkábban és kevesebb intensitású tachycardiával járó ájuldozási rohamokat kap. Midőn ugyanaz nap este a beteget ismét meglátogattam, az már oly erősnek érezte magát, hogy jelenlétemben szükségvégzés czéljából az ágyról leszállhatott. Visszafekve mondá, hogy egyszerre furcsa érzése lett a talpain, olyanféle mintha a földet nem jól érezné. Figyelmessé téve e megjegyzés által rögtön újabb vizsgálatot eszközöltem, különösen és behatóan az idegkörre kiterjedőleg, midőn a következőt találtam.

Betegen reflectorius pupilla merevség (Argyll-Robertson-féle tünet) nincs jelen, ataxia és Brach-Romberg-tünet hiányzik, patellaris reflex mindkét oldalon meg van, nem fokozott, lábclonus nincs jelen. Szemeit eltakarva és gombostü hegyével és fejével vizsgálva a sensibilitást, az mindenütt a test egész felületén normalis, kivéve mindkét láb ujjainak peripheriás részeit, melyeknél nagy fokban lefokozott. Nevezett hypaesthetikus helyek egyszersmind cyanotikusok s feltünő hideg tapintatúak. A lábhát is valamivel hidegebb tapintatú a többi bőrfelülethez képest. A betegnek az afficiált részekben hidegérzése van. Beteg becsukott szemek mellett különben (az afficiált részeken is, persze lefokozott mértékben) mindenütt jól localizál, valamint passive nála eszközölt tagváltoztatásokról helyesen bir tudomással. Légzési és nyelési zavarok nincsenek, keveset, de érthetően beszél, nyelvét jól nyujtja ki, az kinyujtva sem oldali eltérést, sem remegést nem mutat. A hólyag és végbél működésében eltérés nincs. A sensorius működések épek. Sehol másutt a testen circumscript vagy diffus hypaesthesiák vagy anaesthesiák nincsenek. A motorikus functiók mindenütt rendben vannak. A beteg izomzata mindenütt részarányos, atrophiák, paresisek, hüdések sehol sincsenek. Figyelemre méltattam az alsó végtagok nagy edényeit is. A femoralisok valamint a poplitaeák lüktetései kivehetők; kivehetők kétoldalt az art. dors. pedis lüktetései is, de igen lefokozott mértékben. Oedemák a betegen sehol sincsenek. A szív felett kopogtatási és hallgatódzási eltérések nincsenek, sem a radialisokon, sem a temporalisokon nagyobb fokú rigiditást kimutatni nem lehet. A hozzátartozókat még aznap figyelmeztettem a valószinüleg mindkétlábon bekövetkező gangraenára. Daczára skepsisüknek állhatatosan megmaradtam e diagnosis mellett, melyet a lefolyás teljesen igazolt. Megjegyzem még, hogy a legközelebbi napokon — időm s alkalmam elég volt hozzá, heteken keresztül napjában egyszer, sokszor többször láttam s vizsgáltam — külön-külön vizsgáltam meg az egyes érzésnemeket; úgy a fájdalom, valamint a tactilis és hőérzés az afficiált helyeken egyformán volt lefokozva, illetve később teljesen eltünve, míg a nem afficiált részek eltérést a normától nem mutattak. A galvanárammal eszközölt vizsgálat (az első napokban therapeutice is próbáltam, semmi sikerrel) az afficiált részek előbb csekélyebb ingerlékenységét, pár nap mulva teljes indifferentiáját mutatta a villamáram iránt. Faradikus vizsgálatot apparatus hiánya miatt nem eszközöltem. A test többi egészséges részein sehol a galvanárammal tett vizsgálatnál eltérést nem találtam. A circulatiós, vegetativ s elválasztó szervek teljes épsége mellett fentjelzett kórkép mindinkább súlyosbbodott. A hypaesthesia és cyanotikus színeződés mindkét lábon egészen symmetrice a bokák felé terjedt, lassanként átmenvén teljes anaesthesiába. A kórképnél a paraesthesiák hébe-hóba erősebben mutatkoztak, de valóságos spontán fájdalmak, mint a beteg által előadott prodromalis hónapokban csak elvétve jelentkeztek. Az alsó végtagok mentén sehol a baj egész tartama alatt csomósan megvastagodott s nyomásra fájdalmas idegeket kimutatni nem lehetett. Az afficiált részek ellenben oedemásokká lettek, daczára minden antisepsisnek nedves kétoldali üszökbe ment át a kórkép. A mennyiben a beteg s hozzátartozó a javaslatba hozott alszár, esetleg czombcsonkításba bele nem egyeztek, symptomatikus, az erők fentartására irányzott kezelés mellett a chronikus lázakkal és sepsissel végződő kórkép 1894. julius 3-dikán vezetett az exitus letalishoz.

Lássunk most a kórkép értelmezéséhez.

Látjuk, hogy neuropathikus egyénnel van dolgunk, hogy infectio után fejlődött egy különös collapsussal, praecordialis szorongással és ájuldozással járó tünetcsoport s ismét ez után symmetrice elhelyezett végtag gangraena. Mindezt pedig megelőzték hónapok óta szaggató, utóbbi időben kimaradó végtag fájdalmak. Mi itt azonban a „post hoc“ és mi a „propter hoc“? A cardinalis tünet a bilateral fellépett gangraena lévén, próbáljuk e tünet kapcsán az egész kóralakot analyzálni.

Kóralakunkban a gangraena, hogy úgy mondjam spontan lépett fel. Igen természetes tehát, hogy jelen esetünkben trauma, maró anyagok, congelatio stb. okozta gangraenáról szó sem lehet.

Ismeretes, hogy idegbántalmaknál, különösen gerinczagyi bántalmaknál gyakran fejlődnek gangraenák. Ezeknél lehetséges — bár mindenekelőtt azoknál is ritkaság — hogy e gangraenák bilateral lépnek fel. Az idetartozó bántalmak közül felemlitjük 1. a myelitist, 2. syringomyeliát, 3. Morvan-féle kórt, 4. neuritis multiplexet.

A mi 1. a myelitist illeti, minden jele hiányzott, paraplegiák vagy para-paresisek nem voltak, nem voltak fokozott vagy hiányzó reflexek, hólyag és végbélműködés ép volt, légzési, nyelési zavarok, elfajulási hüdések nem voltak jelen, különben is myelitisnél a gangraena inkább mint decubitus mutatkozik a keresztcsonton, a tomporon, a sarkcsonton. 2. A syringomyeliát illetőleg hiányzott mindaz, a mi a syringomyeliára jellegzetes. Hiányzott minden a mellső szürke szarvakban fekvő dúczsejtek idült lobjára mutató jel, nevezetesen nem volt jelen a typikus „majomkéz“, nem volt jelen atrophia a thenar s az interosseusok izomzatában; nem voltak jelen továbbá a syringomyeliára jellegzetes jelei az úgynevezett „dissociativ anaesthesiának“, azaz thermalis anaesthesia

a taktilis és algesiás érzések épségben tartása mellett. Nem voltak jelen csontelgörbülések, izületi bántalmak, fokozott reflexek. Végezetül a syringomyelia rendesen a felső végtagokban kezdődik s csak később tér át az alsókra, míg esetünkben a felső végtagokon baj nem volt, hacsak az infectio után fejlödött phlegmonét nem veszszük annak; de hiszen itt az aetiologia (sebzés, infectio az istálló bizonyára nem aseptikus helyiségében) világos volt, azonkivül pedig a beteg ismételt kérdéseimre mindig előadta, hogy nevezett felső végtagja a trauma előtt teljesen egészséges volt. 3. A Morvan által leirt kórképtől, a „paréso-analgésie des extrémités superieures"-től az általam vázolt esetet már nevezett betegség címe különbözteti meg, eltekintve attól, hogy a legtöbb újabb észlelő a Morvan-féle kórképet a syringomyeliához sorozza. 4. A neuritis multiplex kórképéből épen csak a szaggató fájdalmak voltak jelen, minden más hiányzott.

Az említett kóralakokat tehát mint kóroktani momentumokat bizton kizárhatjuk.

Tovább menve fejtegetésünkben tudjuk, hogy vannak alkati bántalmak s chronikus intoxicatiók, melyek gangraenával járhatnak. Ide tartozik a diabetes, syphilis, chronikus ergotinismus, nephritis, némelyek szerint chronikus alkoholismus is. Nephritis, diabetes biztosan volt kizárható; syphilisre sem az anamnesis, sem az objectiv lelet támpontot nem szolgáltatott, chronikus ergotinismusra semmiféle gyanú sem volt. Kihallgatásnál a beteg a jelen bajt legislegelső betegségének mondta, mert „soha beteg nem volt". Alkoholismus chronikus pedig daczára a beteg foglalkozásának, személyes meggyőződésem alapján határozottan mellőzendő. A „lepra mutilans"-t szóba sem hozom, eltekintve minden tünethiányától, nálunk nem észleltetik. Ha tehát e sok mindenféle felsorolt bántalmat kizárhatni, a mint az különben oly könnyen sikerült, felmerül a kérdés, vajjon hova sorozzuk az említett kórképet. Két kórkép van leginkább, melynek lefolyása emlékeztet esetemre. Az egyik az ú. n. gangraena spontanea (senilis, arteriosclerotica), a másik a gangraena symmetrica Raynaud.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

(Folytatás.)

1896. novemberi szakülés.

1. **Bodor Károly** dr. „Az intoxicatio tana" czímmel a következő előadást tartja.

Nemcsak az új szerek, de új elméletek, új tanok is sűrűn kelnek a mi haladó tudományunkban, hogy sokszor azt, a mit tizedek előtt kétszer-kettő: négyként, megdönthetlen dogmaként hallgattunk és megtanultunk, teljesen romba döntsék. Így van azután, hogy mi orvosok egész életünkben tulajdonképen autodidaktok vagyunk, s így tünik ki azután tulajdonképeni létjoga, szükségessége az orvosegyletnek, a hol egymással a jelenségeket közölve, egymással megbeszélve, a színvonalon maradhassunk. Nem új önök előtt az autointoxicatio most sokat emlegetett tana, de talán működési körünkbe vág, ha kissé részletesebben foglalkozom vele. Legnagyobb hívei is elismerik, hogy nem „iskolához" megnőtt dolog még, de az annyi minden jelenséget felölelő „reflex-elmélet" mellett haladás. A tétel ez: autointoxicatio, a szervezet megmérgezése, saját anyagcseréjének terményei által; ezek lehetnek normalisak, de igen nagy mennyiségben felhalmozódva, vagy nem rendesek, s ezek közt megkülönböztetendők azok, melyek a testben átalakulásoknak vannak alávetve, s azok, melyek egészséges szervezetben egyáltalán nem, vagy csak nagyon kis mennyiségben képződnek. Az emberi test anyagcseréjének nagy folyamatában ám nemcsak hasznos vagy indifferens anyagok fordulnak elő, hanem ártalmasak, mérgesek is, olykor nagyon hígitva, olykor már összeköttetésekbe átvezetve, vagy tán hamar kijutva a szervezetből; de ha a gátló tényezők nincsenek meg, létre jönnek a kórtünetek, mert a betegítő inger átment a vérbe, létre jött az autointoxicatio, muló tünetekkel — acut, vagy visszatérőleg tartósan — chronikus autointoxicatio.

Az autointoxicatio leglényegesebb fajaiból felemlítendők:

1. Valamely szervi működés meghibázása. Mirigymegbetegedések boncztani elváltozás nélkül vagy azzal együtt, ez utóbbiak közt leggyakoribban atrophia. A paizsmirigyből kiinduló myxoedema, a cachexia strumipriva, a pancreasból kiinduló diabetes, a hevenysárga májsorvadás és az Addison-kór, mint a mely a mellékvesékből indulna ki. Ezen betegségek azért állanának elő, mert ama szervek működése hibádzott meg, melyek az újabb élettan szerint hivatva volnának a szervezetben képződő káros vagy mérges terményeket megsemmisiteni.

2. Autointoxicatio általános anyagcserebeli rendellenességekből, kipuhatolható localisatio nélkül. Itt közbeeső anyagok járultak hozzá, mint az oxaluriánál, köszvénynél vagy a diabetesnél általában.

3. Autointoxicatio physiologiai anyagoknak különböző szervekben való megrekedéséből. Ide tartoznak a nagy mérgezések utáni nehéz tünetek, akadályozott légzésnél a szénsavmérgezés, uraemia stb.

4. Autointoxicatio physiologikus vagy pathologikus anyagok túltermeléséből a szervezetben. Hydrothionaemia, ammoniaemia, acetonuria coma diabeticum, a coma carcinomatosum stb.

Már a fentebbiekből kivehettük, hogy az autointoxicatiót nagyon kiterjesztik mindenféle megbetegedésre, s ez az a pont, a mely az egész tan hitelét nagyon veszélyezteti. Például felveszik a szervezet autointoxicatióját elmebajoknál. Így például melancholikusok vizelete által állatoknál a psychikai világ hasonló zavarait idézhették elő; levertség, álmosság, izgatott elmebajosokéból helyi és általános görcsök stb. Igy kiált fel azután a tan iránt még ugy is sceptikus komoly germán az ő kételyével: „Die Botschaft hör' ich wohl, allein mir fehlt der Glaube!" Mert tudnivaló, hogy a latin fajok küzdenek e tan mellett és onnan eredt, első ismertetője lévén Ch. Bouchard az ő „Leçons sur les autointoxications dans les maladies" czímű munkájában. De nem szabad a sceptikusokkal tartani, mert tán franczia eredetről van szó, annak, a ki tudja, mit jelent a mi szakmánkban egy Laënnec, Lavoisier, Cruvelhier, Bichat vagy Pasteur. Az egész theoria főkép a gyomor-bélbajoknál elért gyógysikerek után éledt fel, midőn a kóros béltartalom eltávolításával az egész betegség minden jelenségeivel egyszerre eltünt. Nagy munka lesz ám még keresni, hol, mi a káros, mert eddig például biztosan tudják, hogy semmi esetre nem reflex, hanem autointoxicatio jelenségei az uraemia, ecclampsia, a diabetes, az arthritis urica, a coma carcinomatosum, de vegyi substratumát nem ismerik. Biztos, hogy a faeces nagyobb indican-tartalma és a vizeletben a páros kénessavak szaporodása határozottan a bélhuzamból kiinduló autointoxicatióra mutat. S valamint igaz a hívek azon állitása, hogy a therapia csak pharmacologius úton vezethet sikerhez, ha feltalálják azon chemiai testeket, melyek megsemmisítik vagy megmásítják, vagy rögtön kivezetik a kifejlődött mérgeket, úgy áll, hogy ezek megismeréséhez is sokat kell még dolgozni sejtekben és szövetekben, s hogy mi ér többet a klinikusnak, a faeces- és vizelet-vizsgálat, vagy a bonczasztal s melyik fogja az autointoxicatio polgárjogát hamarabb megszerezni, vagy nem: megmondja az a bizonyos collegánk — az idő!

Előadó után *Berkovits Miklós* dr. emel szót, kijelentve, hogy a tárgyalt kérdést oly fontosnak és actualisnak tartja, hogy sajnálattal látná, ha közönyösen napirendre térnének felette. Ezúttal a feletti örömének is kifejezést ad, hogy az egylet egyik régi bajnoka ismét zászlót bont, s beáll az egylet activ munkásainak sorába. Mindig sajnálattal észlelte, hogy az egylet régi tagjai, kik ott álltak a megalakuló egylet bölcsőjénél, visszavonulnak az egyleti tevékenység teréről, holott bölcs véleményükre csak szüksége lehet az egyletnek. Ebből a szempontból is csak hálás köszönetet mondhat előadónak. Ezek után felszóló magára a tárgyra nézve teszi meg észrevételeit. A sokak által használt autoinfectio elnevezést nem tartja helyesnek. Jobbnak, illetőleg helyesnek az autointoxicatio elnevezést tartja, mert valóságos intoxicatio jön létre a szervezetben képzett anyagok által. Az infectio oka parasitarius eredetű lehet.

Felszóláló az előadásból azt vette ki, hogy előadó a kérdésben nem foglalt állást, hanem csupán referált, bár egyes szavai arra engednének következtetni, hogy inkább a sceptikusok felé hajlik. Előadó az új tanban inkább visszaesést lát.

A kórtan eddig sok észlelt tünetnek nem tudta magyarázatát adni, de ma ezek nagy része magyarázatát leli az új tanban, a mely megtanitott arra, hogy az organismus anyagcseréje mérges anyagokat is produkál, a melyek felhalmozódása s a szervezetből való el nem távolítása kóros jelenségek forrása lehet. Bouchard szerint ez anyagok főkép a bélhuzamból szivatnak fel s ezért a therapiának egyik fontos feladata gyanánt tekintették a bélcsatorna desinfectióját.

Felszóláló nem osztja előadó azon nézetét, hogy a német iskola az új tantól idegenkednék, mert habár franczia búvárok nagy számmal vannak is e tan felderítői közt, nem szabad felednünk, hogy már *Petters* adta meg e tan felderítéséhez az impulsust. Azt sem tartja felszóláló károsnak, ha az autointoxicatio visszavezet bennünket a humoral. pathologiához, hisz' ily visszatérésnek köszönhetjük a serum-therapia ismeretét. Szerinte az autointoxicatio tanának nagy jövője van.

Előadó köszönetet mond a megemlékezésért s igéri, hogy az egyletnek ezentúl is hű munkása marad. A maga részéről is elismeri, hogy tartózkodva referált, a nélkül, hogy határozott állást foglalt volna. Ha az új tan egy régihez való visszatérés látszatát kelti is, jól tudja, hogy az nem akar visszaesés lenni a régi „krazisok" tanához. Sajátságos azonban, hogy az új tan visszaidézi az emlékezetbe a régi mondást: „Qui bene purgat, bene curat".

A tárgyhoz még *elnök* és *Grósz Albert* dr. fűzött néhány észrevételt.

2. **Berkovits Miklós** dr. tart előadást „**Mi a diphtheria-bacillus gyakorlati értéke?**" czímen, Hennig königsbergi orvos egy tanulmánya nyomán.

Az ismertetett tanulmányban *Hennig* a Löffler-féle bacillussal szemben erősen tagadó álláspontra helyezkedik s oly sok megszívlelendőt mond, hogy előadó az audiatur et altera pars kedvéért is érdemesnek tartja azt bő kivonatban ismertetni.

A diphtheria-kutatásban még sok fontos kérdés vár megoldásra, s az a fundamentalis tétel, hogy „a diphtheria oka a diphtheria bacillus“ s hogy csak azon megbetegedések mondhatók diphtheriának, melyek ezen bacillus által vannak feltételezve, rászorul a gyakorló orvos birálatára.

Maga Behring is „A diphtheria története“ czímű művében a *Bretonneau* által rajzolt klinikai kórképre támaszkodott. S most közel állunk ahhoz, hogy ezen 70 év alatt megdöntetlenül maradt klinikai kórképet egy modern, de még nem általánosan elismert irány kedvéért feláldozzunk. Ily körülmények közt a gyakorlati medica feladata marad azon kérdés eldöntése, hogy megállhat-e az új irány tétele, mely szerint a diphtheriának kizárólagos és specifikus oka a Löffler féle bacillus.

A kérdés tisztázása czéljából Hennig az esetek egy sorozatát vette pontos vizsgálat alá, vizsgálatait a legszigorubb cautelák mellett végezve s hogy minden kifogásnak eleje vétessék, a bacteriologikus észleléseket a königsbergi hygieniai intézetben Esmarch tanár és Czaplewszky dr. által végeztette. Természetesen a bacteriologikus vizsgálatokhoz oly esetekből szolgáltatta az anyagot, a melyekben a klinikai kórisme kétségtelenül diphtheriára volt tehető. Egyetlen esetet sem vett fel statistikájába, a melynél csak a mandolákon volt lepedék, hanem olyanokat, melyeknél a garatíveken, velumon, nyelvcsapon, nyelven, hátsó garatfalon, epiglottison s gégében is voltak membranák, s a melyeknél intumescált nyirkmirigyek is találtattak.

Teljes biztonsággal ki voltak zárhatók: pharyngitis acuta, pharyngitis fibrinosa, pharyngitis aphthosa, a Fränkel-féle angina, a Mackenzie-féle angina ulcerosa, soor, aphták, herpes, szétesett condylomák, erysipelas, a pharynx hevenyfertőző phlegmonéja, Bednár-féle aphthák, pharyngomycosis lepthrothritica.

Ezek kizárásával 43 eset lett klinikailag s bacteriologiailag pontosan megészlelve.

A vizsgálatokból kiderült, hogy 43 vizsgálatnál (35 eset) 16-szor (10 eset) Löffler-féle bacillusok voltak kimutathatók (37·2%). Ha ehhez hozzáveszszük az észlelt pseudodiphtheria 6 esetét, úgy 45·7%-ban találtatott diphtheria, illetve pseudodiphtheria-bacillus. Ha még azt a négy esetet is tekintjük, a melyben rövidebb-hosszabb, vékonyabb-vastagabb bacillusokat találtak, úgy a legkiterjedtebb számítás mellett az esetek 57·1%-ában találtak diphtheria, vagy pseudodiphtheria-bacillust.

Klinikailag fontos eredmény, hogy a bacterialis diphtheria 10 esete közül csak egyben jött hűdés elő (10%), míg a klinikailag megállapított diphtheriánál 25·7%-ra emelkedik a hűdések száma.

Azzal szemben tehát, hogy a diphtheria kizárólagos okának a Löffler-féle bacillust tekintik, 43 (35) eset közül — kétségtelen esetek — csak 16-szor volt constatálható a Löffler-féle bacillus s ezek közül is csak 5 esetben tiszta tenyészetben.

Ezek szerint a német diphtheria-bizottságnak azon alapvető tétele, hogy a diphtheria egyedüli s kizárólagos oka a diphtheria-bacillus, tarthatatlan. Tarthatatlan, mert Koch R. szerint ahhoz, hogy valamely bacterium egy bizonyos betegség kórokának tekinttessék, első sorban annak a feltételnek kell beteljesülnie, hogy a parasita a betegség minden egyes esetében előforduljon, és pedig oly körülmények közt, melyek a betegség pathologikus elváltozásainak s klinikai lefolyásának megfelelnek.

A fentebbi észleletek szerint s az utóbbiak alapján a diphtheria-bacillus nem lehet a Bretonneau-féle diphtheria specifikus oka.

Feltünő körülmény volt továbbá, hogy 8 oly esetben, melyben a még fennálló vagy kiállott betegséghez hűdések csatlakoztak, a leggondosabb vizsgálatnál sem lehetett diphtheria-coloniákat fellelni.

Koch még azonban azt is kívánja, hogy valamely bacterium specifikusnak legyen nevezhető, hogy az semmiféle más betegségnél esetleg vagy mint nem pathogen élősdi elő ne forduljon. De megtámadhatatlan észleletek igazolják, hogy valódi, virulens Löffler-féle pálczikák voltak találhatók teljesen egészséges, felnőtt emberek garatjában vagy kiállott diphtheriák után hetek, sőt hónapok mulva az orr- vagy szájnyákhártyában, angina lacunaris eseteiben, rhinitis fibrinosánál, xerosis conjunctivae, könnyű köthártyalobok eseteiben, egészséges gyermekek száj- és orrüregében, sőt oly egyének bőrphlegmonéjában, kiknek diphtheriával semmi érintkezésük nem volt.

Az ily eseteket a bacteriologok nevezték el „diphtheria-egészségesek“-nek.

Hány ezer ember hordhatja ily módon magával a virulens diphtheria-bacillust, a kiket a német diphtheria-bizottság tétele szerint isolálni s ellenőrizni kellene. Hogy ez mennyire kivihetetlen, belátható.

Hogy e tények czáfoló erejét elvegyék, kénytelenek voltak a virulentia állandóságának eddigi axiomáját megváltoztatni, s egy fajlagos microorganismus pathogen tulajdonságának helyébe két ingadozó tényezőt állítottak, a nem állandóan pathogen bacteriumot s a nem állandóan disponált emberi organismust. Ily módon a Koch által megkivánt postulatumokból semmi positiv sem maradt.

A gyakorló orvos ezekből azt a következtetést vonhatja, hogy a teljes virulentiáju Löffler-féle pálczikáknak feltalálása valamely egyénnél magában véve még teljesen irrelevans s azok ép úgy tekinthetők rendkivül pathogen parasitáknak, mint ártatlan saprophytáknak.

Kochnak harmadik postulatuma: a parasita a szervezetből isolálva s tiszta tenyészetekben kellőleg gyakran tenyésztve, képes legyen a betegséget újból előidézni. De később maga Koch kijelentette, hogy a két első feltétellel a parasita és a betegség közti oki összefüggés bizonyításának már elég van téve. S másrészt arra is elégszer lett reámutatva, hogy az emberi diphtheriának a Löffler-féle bacillusokkal tengeri nyulaknál előidézett beoltási betegséghez semmi köze. Különben is, ha a bacteriologikus vizsgálatok általános keresztülvitele lehetetlen, az állatkisérletek végzése még inkább az.

Ezekből az következtekik, hogy a gyakorló orvos a klinikai kórismo alapján járjon el, mert a Löffler-féle bacillus felfedezése a gyakorlatra nézve közönyös.

Ezek után áttér előadó ismertetésében a serum-therapia s más gyógymódok tárgyalására. Önként következik az elmondottak alapján, hogy ha a Löffler-féle bacillus, mint a diphtheria specifikus oka, elesik, az arra felépített gyógymód sem nevezhető specifikusnak. Képzelhető ugyan, hogy a gyógysavó a nélkül, hogy isopathikus (specifikus) gyógyszer legyen, mégis gyógyszere a diphtheriának. Ezt a klinikai észlelés és a statistikai számítás mutathatja meg.

Másfél év óta igen jelentékeny sora az eseteknek lett igy kezelve, észlelve és ismertetve, de ez eseteknek nagy száma mégis elenyésző csekély a jelzett időben előfordult diphtheria megbetegedésekhez. De nemcsak, hogy az észlelt s közölt esetek száma csekély aránylag, az észlelés ideje is igen rövid, úgy hogy a gyógysavó értékéről még positivet mondani nem lehet. Fontos körülmény továbbá, hogy a közölt esetek legtöbbje könnyű volt, mert a gyakorló orvosok előtt annyira félelmetes súlyos esetek, az ú. n. septikus-diphtheriák a bacteriologok szerint vegyes fertőzésen alapulnak, s ezért reájuk a serum hatástalan.

De különben is annyira kedvezők-e a serum-gyógymód nyilvánosságra hozott eredményei? Ha összehasonlítást teszünk egyéb gyógyeljárások eredményeivel, úgy látjuk, hogy igen kiváló búvárok hosszú évek óta más gyógyeljárással sokkal kedvezőbb sikereket mutattak fel, mint a minőket Behring még csak igérhetett is.

Hogy egyes kórházakban a savó-gyógymód alkalmazása óta a mortalitas 10—20% kal alábbszállt, nem a savó-gyógymódban találja okát, hanem első sorban abban, hogy azóta más anyag jut a kórházakba. A jó ügy kedvéért láztalan betegeket, gombostűfejnyi—borsónagyságú lepedékkel a mandolákon, lényeges mirigybántalom nélkül, de Löffler-pálczikákkal a lepedékben, már az első, második napon vettek fel. A korai kezeléshez kedvező epidemiologikus viszonyok is járultak.

Ezért dönteni e kérdésben csak a gyakorló orvos jogosult, a ki hasonló körülmények közt s ugyanazon szempontból állapítja meg a diphtheria kórismejét, mint azelőtt. Nagyban s egészben nincs oka az új gyógymódot újongva fogadni, s szerző felveti a kérdést, kinek van bátorsága egy összetételében és származásában homályos, ellenőrizhetetlen szerhez fordulni, a midőn más szerek s eljárások által sokkal kedvezőbb eredmények érhetők el.

A nagy figyelemmel hallgatott ismertetésért *elnök* köszönetet mond *előadónak*.

Az előadáshoz *Kornstein Lajos* dr. és *Grósz Albert* dr. fűztek néhány megjegyzést, a melyekre adott viszonválaszában *előadó* ismétli, hogy nincs kétség a diphtheria parasitarius eredete felől, csak az epidemikus viszonyok nem ismeretesek teljesen.

Utána még *Szedlacsek István* dr. cs. és kir. törzsorvos tett az előadottakhoz néhány észrevételt.

(Folytatása következik).

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Szemészeti műtéttan, orvostanhallgatók számára irta **Blaskovics Fridolin** dr., egyetemi tanársegéd. Száztizenegy ábra. Budapest, 1898. Franklin-társulat nyomdája. 186 oldal, ára 2 frt. Eggenberger-féle könyvkereskedés bizománya.

A szemorvoslás *tudományában* s bátran mondhatjuk *művészetében* való jártasságot ma minden gyakorló orvosnak meg kell szereznie. Volt idő, a mikor a magister ophthalmologiae külön gradus volt, melyet csak egyesek szereztek meg; a medicinae universae doctor azonban már csak úgy nyerheti el e büszke nevet, ha a szemészetben való jártasságát is beigazolta. Ezt nem csak a szembajoknak a szervezet egyéb bántalmaival való szoros összefüggése teszi szükségessé, hanem az is, hogy legbecsesebb érzékszervünk hathatós oltalmat és gondozást igényel és érdemel. A mi szigorlati szabályzatunk e tekintetben a németet és franciát — az angolt nem is említve — felülmulja, a mennyiben a szigorló orvosnak a szemészeti műtétekben való jártasságát gyakorlatilag is be kell mutatnia. Igaz ugyan, hogy a legtöbb szemészeti operálás mégis csak specialisták kezében marad, de e mütétek gyakorlása nemcsak hathatósan hozzájárul az orvos számára olyan nagy fontosságú kézi ügyesség elsajátítására, hanem megadja a lehetőséget, hogy a sürgős eljárást igénylő betegségeken minden gyakorló orvos operative is segíthessen. Az idegen testek eltávolítása, a szemteke megcsapolása, a genyes fekély kipörkítése, sőt egy szétroncsolt szemteke eltávolítása mind olyan eljárások, melyek elsajátítására módot kell nyujtanunk. A gyakor-

lati oktatásnak mindig nagy segitségére van egy ábrákkal jól ellátott s világosan megírt tankönyv. Ilyet nyertek a magyar orvostanhallgatók *Blaskovics Fridolin*-nak, a budapesti egyetem szemklinikája egyik tanársegédjének most megjelent könyvében. A könyv czélja, mint azt a szerző előszavában mondja, hogy az orvostanhallgatóknak a szigorlatra való készüléshez kézikönyvül s az életre útmutatóul szolgáljon. Ezért csak a fontos műtétmódokat vette fel, de azok leírására, valamint az indicatiókra nagy súlyt helyezett.

A czélnak s ennek elérésére szolgáló eszközöknek ezen szabatos körülirása és betartása jellemzi az egész könyvet, mely a *Schulek Vilmos* tanár által megalkotott *magyar szemorvosi iskola* munkásságának újabb gyümölcse. *Blaskovics* könyve az alapos tanulást nagy mértékben elő fogja segíteni; ezen várakozásra nemcsak a könyv rendszere, nemcsak annak kimerítő s világos leírásai jogosítanak, hanem az is, hogy meglátszik rajta, miszerint a szerző, mint *Schulek Vilmosnak* a szemoperálás nagy mesterének tanítványa maga is jó operateur s a műtéteket maga is nagy számban végezte. Fölösleges hangsúlyozni, hogy ez utóbbi kellék nélkül jó műtéttant irni lehetetlen. Nagyon helyes, hogy az indicatiókra nagy súlyt helyezett, mi által a könyv gyakorló orvosnak is értékessé vált, mert ha az orvosok nagy része ki is vonhatja magát a legtöbb szemoperálás végzése alól, de az indicatiók felállítása elől nem térhet ki.

Maga a könyv két főrészre oszlik. Az *általános* rész rövid bevezetés után az érzéstelenitést és az antisepsist, az eszközöket s az utókezelést külön fejezetekben tárgyalja. Az eszközök megértését valamennyinek jól választott ábrája jelentékenyen megkönnyíti. A *részletes* részben az operálásokat a látószerv anatomiája sorrendjében adja elő. A műtéteket egytől egyig az iskola gazdag tapasztalatai alapján megérlelődött higgadt s biztos kritikájával választotta meg s a sikerült eredeti rajzok nagy száma e rész értékét is nagyban növeli.

Hogy a könyv kiállítása kifogástalan és izléses, azt talán fölösleges külön kiemelnem, mert erről a Franklin-társulat megérdemelt jó hírneve kezeskedik.

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

Adatok a syphilis serumtherapiájához. Ma, midőn a serumtherapia korszakában élünk, mióta a diphtheritis elleni serummal elért eredmények annyi reményt keltettek s a serumtherapiával való kisérletek majdnem valamennyi acut és chronikus fertőző bántalomra kiterjesztettek, a syphilisnél sem maradhattak el és igy néhány újabb kisérletnek eredményeiről akarunk e helyütt röviden beszámolni. Ezen kisérletek iránya eddigelé lényegében háromfelé vette útját: 1. Az autoroknak egy része azon tapasztalati tényből indult ki, hogy egy állat immunitást szerez, ha oly állatnak vérsavójából kap befecskendezést, melynek vérsavója már mentes. Miután házi állataink a syphilis ellen mentesek, ezeknek vérsavójával végeztek kisérleteket, melyek azonban vajmi kevés biztató eredménynyel kecsegtettek. Eddig kisérleteztek egészséges bárányok, juhok, borjuk és kutyák vérsavójával. Utóbbi időben egy újabb dolgozat jelent meg *Mueller-Kammbergtől* „*Adatok a syphilis serumtherapiájához*“ czimén (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXV. Heft 2), melyben egészséges lóvérsavóval végzett kisérleteiről számol be. 12 beteg részesült ezen kezelésben és pedig 2—3 naponkénti időközökben 5 kcm. vérsavót fecskendezett be. Majdnem valamennyi esetben kénytelen volt a kezelést beszüntetni, mert néhány nappal a kezelés kezdete után majdnem valamennyinél súlyos általános tünetek léptek fel, általános urticaria és erythemaszerű kiütések kiséretében. Fehérnyét a vizeletben azonban nem észlelt. Egészben véve tehát kisérletei azt deritették ki, hogy a lóvérsavónak a syphilitikus tünetek visszafejlesztésére befolyása nincsen. 2. Az autoroknak második része embervérsavóval kisérletezett, melyet oly betegektől nyertek, kik a syphilis secundaer és tertiaer stadiumában voltak. E téren a kisérletek kedvezőbbeknek látszanak. *C. Boeck* „*Recens syphilisnek gyógyitása tertiaer syphilitikusoknak vérsavójával*“ czimü dolgozatában foglalkozik e kérdéssel. Hét egyén kapott befecskendezéseket hydrocelesavóval, melyet oly egyéntől vett, ki 6 év előtt syphilist acquirált és jelenleg epididymitis syphiliticában és hydroceleben szenved. Hatnál végezte a serumtherapiát, még mielőtt a secundaer tünetek felléptek volna, 1-nél pedig ezeknek fellépése után; a befecskendezések 2 naponként bőr alá tétettek, a serum mennyisége 1—4 gm. között ingadozott. Kisérleteinek eredménye a következő: A vérsavó befecskendezésére a syphilis első nyilvánulásai gyorsabban fejlődtek vissza mint az exspectativ kezelés mellett; azon esetekben, melyeknél a befecskendezések még a secundaer tünetek kitörése előtt végeztettek, az exanthemának a kitörése valamivel később következett be, mely úgy qualitásra mint quantitásra nézve kedvező volt, e mellett az általános érzet rendesen gyorsan javult. A befecskendezések annál hathatósabbak, mennél előbb végeztetnek. A tertiaer betegeknek vérsavója hatályosabbnak mutatkozott a secundaer stadiumban vett vérsavónál. Mindezen kedvező eredmények daczára hatásra nézve még sem hasonlítható össze a higanynyal és joddal a korai syphilist illetőleg. 3. Végre az autoroknak egy harmadik része akként kisérletezett, hogy oly állatoknak vérsavóját használták, melyekbe secundaer stadiumban levő egyéneknek vérsavóját befecskendezték, vagy pedig az állatokat a syphilis másodlagos stadiumának termékeivel oltották. Utóbbi eljárást *Tarnowsky* is követte és „*Serumtherapia mint a syphilis gyógymódszere*“ czimü dolgozatában leírja. (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXIV. Heft 1. u. 2.). Régibb, évek előtt végzett kisérleteinél, midőn csikóknak másodlagos syphilistermékeket oltott a bőr alá, azt tapasztalta, hogy syphilist jellegző kiütések ugyan nem jelentkeztek, a bonczolásnál azonban a máj, lép, vesék és a legtöbb nyirkmirigy olyan szöveti elváltozásokat mutattak, mint ezt syphilitikus egyéneknél látni szoktuk. Ebből vélte magyarázhatni, hogy a házi állatok közül a csikó a syphilis iránt talán még a legfogékonyabb és épen ezért vette kisérletei tárgyául az ilyetén praeparált csikóvérsavót. Ilyen syphilizált csikóknak vérsavójával oltott 6 syphilitikus egyént, azonban az eredmény nem volt kedvező, mert a serumoltások a syphilisnek sem korai, sem késői alakjait nem tudták befolyásolni. De még az indifferens gyógymódszerek közé sem sorozható, mert hőemelkedés, albuminuria, különféle csalánszerű kiütések és testfogyatkozás voltak kisérői.

Aschner Arthur dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Az ichthyolt** belsőleg több baj ellen használják sikerrel. Sok beteg azonban kellemetlen szaga és íze miatt nem veszi be. *Sack* újabban fehérnyével egy íz- és szagnélküli ichthyol-készítményt állított elő, az ichthalbint, melyből naponként háromszor 1—2 gramm adható. (Deutsche med. Wochenschrift, 1897. 23. sz.)

2. **Anaemia** egy nagyon súlyos, minden szereléssel daczoló esetében *Lépine* jó eredményt ért el ferrum citricum bőr alá fecskendésével. 4%-os oldatból 3—4 köbcentimetert fecskendezett be naponként. Töményebb oldatok használata után mérgezési tünetek léphetnek fel, továbbá anuria, haematuria, sőt nephritis is lehet a következmény. (Sem. méd. 1897. 25. sz.)

3. **Gégegümőkór** gyógyítására *Botey* helyi kezelést ajánl a következő összetételű szerrel: Rp. Acidi carbolici 1·0—5·0; Acidi lactici 2·0—15·0; Glycerini neutri 20·0. Eleinte gyengébb oldatokat kell használni és fokozatosan emelkedni az erősebbekig. Használat előtt a gégenyákhártya 10%-os cocain-oldattal érzéketlenítendő. (Sem. méd. 1897. 37. sz.)

4. **Haematemesis** esetén jó eredménynyel használja *Walker* a terpentinszeszt, melyet 2—10 cseppnyi adagokban vétet be czukros vízben, melyet ánizszszal ízesebbé tesz. (Sem. méd. 1897. 37. szám).

5. **Ischias** ellen *Richardson* következő összetételű labdacsokat ajánl: Rp. Opii, Ipecacuanhae aa 1·0; Natrii salicylici 6·0; Extr. fluid. cascarae sagradae qu. s. ut fiant pil. Nr. 20. 1—3 labdacsot naponként. (Sem. méd. 1897. 38. sz.)

TÁRCZA.

A XII. nemzetközi orvosi congressus Moszkvában.

II.

Czenzura. Muszka viszonyok. Diákok megrendszabályozása. Szibéria. Népélet. Bigottság. Erkölcs. Alkohol elleni áramlat. Moszkva látképe.

Ide s tova négy hete vagyok a muszkák között, s azt hittem ez előtt, hogy e hónap alatt alkalmam lesz a futólagos benyomásokat fontosabb észleletekkel kicserélni és hű fogalmakat kapni erről a sajátságos országról, mely mint a czethal Jónást, úgy fog valamikor bekapni minket is. De csakhamar meggyőződtem, hogy Oroszországgal tisztába jönni egyáltalában lehetetlen.

Még maguk az oroszok sem ismerik hazájukat az ujságok czenzurái következtében, melyek a kormányt dicsőítő hymnusok kivételével minden hirt visszatartanak. A hány collegát megkérdeztem valamely társadalmi vagy politikai kérdés mibenlétéről, mind más választ adott, s a végén nem egyszer megvallotta, hogy már régen nem olvasott — német vagy angol lapot, nem szerezhetett tehát értesülést az illető kérdésben....

Ezért előre is bocsánatot kérek, ha az elmondandók egyike vagy másika talán nem volna exact: egy ily rengeteg birodalomról és egy ily óriási gyülésről, mint a moszkvai congressus volt, fogalmat alkotni alig lehet, s az adatok ellenőrzésére se időm se pedig módom nem volt.

Mindenki érzi Oroszországban, hogy valami változás fog történni, hogy a czár haladni kiván a nyugattal és az ország állapotán segíteni törekszik. Ámde a czár beteges, a japáni merénylet óta Jackson-féle epilepsiában szenved, úgy mondják, s helyette az anya-czárné kormányoz a régi ministerekkel, a liberalis eszmék tehát csak lassan fakadhatnak.

Az állapotok sok tekintetben még érthetetlenek előttünk és drákói szigorúságúak. Mintegy 12 éve újra érvényre emelkedtek a testi büntetések, a kancsuka, melyeket még II. Sándor czár eltörült. A lengyeleknek, zsidóknak még most se szabad birtokot venniök; a lengyel katholikus iskolákban tilos a lengyel szó és templomaikban orosz pópák énekelnek. Az utolsó *Dolgorukki* herczegnek, ki pár éve halt meg, megtiltották a nősülést, hogy magva szakadjon családjának, mely *rurikowi* vagyis a *Romanov* ház előtti dynastia leszármazottja és már 400 éve hatalmas herczegi törzs volt, a mikor a *Romanovok* még csak obscurus parasztok lehettek. Ha a diákság a legkisebb módon moczczanni mer, a kozákok összefogdossák őket és beterelik, pl. épen abba a lovardába, mely jelenleg a congressus központi irodájául szolgál. Ott azután van dolga a lópatkónak, korbácsnak, puskatusnak, csizmasaroknak: néhány év előtt kétezer diákot hurczoltak ide át az egyetemről, s a kozákok és mészároslegények nyolczat agyonvertek, számtalant megsebeztek közülük. Mikor tavaly *Szahharjin*-nak nem akadt hallgatója, két napig étlen-szomjan tartották itt a tanulókat, mikor 10 év előtt a *kiewi* egyetem 50 éves jubileumáról kizárt tanulók macskazenét csaptak, egy harmadrészük Szibériába és Archangelszkbe vándorolt, egy másik résztől megvonták a tanulási engedélyt és parasztokká degradálták őket!

Pedig Oroszországban rossz dolga lehet rabnak és parasztnak egyaránt! Volt alkalmam egy szibériai transportot látni: férfiak, fiuk, gyermekek, asszonyok haladtak együtt, hordva a czár uniformisát: koponyájuk jobb felén a haj le van borotválva, szürke darócz ruha, nagy barna kereszttel a háton, súlyos bilincsek a lábakon és kezeken. Rhythmikus lépésekkel, csengő lánczcsörgés mellett haladt a menet a szuronyos katonák között, a nép közönyétől kisérve. II. Katalin alatt a két orrszárnyat is kitépték ezeknél, I. Sándor alatt még a homlokra és vállra tüzes vassal akasztófa bélyeget sütöttek, vagy a füleket vágták le: ma kerülik az eltörülhetetlen nyomokat.

De a paraszt sorsa se lehet kellemes. Egy férfi napszámos átlag 30 kopeket (37 kr.) keres naponként, egy matróz a Volga hajóin 8 rubelt (9 frt 70 kr.) havonként! A népnek csak fél százaléka tud olvasni! E mellett az ország folyvást szegényedik. A plevnai legválságosabb napok alatt 30% volt az arany agiója: ma 50%-ra rúg ez! A nép a legvégtelenebb nyomorban van, míg a Szergiusz-zárda három szobájában 1 milliárd értékü kincs hever. Az Uszpenszkij templom oltár fala 5400 kgm. nemes aranyat tartalmaz; a szt.-pétervári *lavra* zárda 600,000 frt jövedelemmel bir, s a troiczki klastromban 180 jól táplált barát lopja az időt kornyikálással. A nép különben tudja, hogy ezeknek zsírja az ő véréből való, s szive mélyéből gyülöli a pópákat: ezt meg a lengyel zsidókat megdobálja a nép; kiköp előttük; lóivadéknak nevezi. A kapzsi embernek a példabeszéd szerint „oly zsebe van, mint a pópának“ és a mint *Nyekraszow*-nak, egy kiváló publicistának egy confiskált költeménye[1] mondja, a pópa a két legjobban gyülölt emberek egyike.

Ez persze nem gátolja a szegény, tudatlan, babonás népet abban, hogy a templomok és szent képek előtt a legnagyobb buzgósággal ne hajlongjon és meg ne alázkodjék. Valósággal bizonyos visszataszító érzést keltett némely helyütt látni, hogy egy-egy embertársunk miként hányja egy negyedóráig a keresztet, complimentez, földre veti magát és csókolgatja a ganajos, összeköpött kövezetet valamely szent specialis protectiójának reményében. Semmi méltóság, semmi öntudat, semmi emberi nem volt az ilyen jelenetben.

Fog-e ez a nép haladni? Kicsiny faházakban, messze szétszórva, egymástól távol lakik s nyomorúságát a kormány által türt erkölcsi elzüllés csak fokozza. A legények már 18 éves korukban megházasodnak, egy 15—16 éves leányt véve feleségül. Három év mulva jön a katonasor! 4—6—8 évig tart a szolgálat, s ez idő alatt, az ivarérettség tetőpontján elhagyatva él a fiatal asszony.

Csoda-e, ha a *katonáné* a prostituálttal synonym fogalom lett Oroszországban? Sőt a vérfertőzés egy nemét is gyakorolják, állítólag a hatóságok hallgatólagos elnézésével az apósok, elhagyott és velük közös háztartásban élő menyeikkel. A korai házasság, mely Anglia egészségének és szaporodásának fő oka, itt a szerencsétlen katonai viszonyok mellett teszi tönkre a népet! Az orosz paraszt beletörődik ebbe. „*Az isten magasan van, a czár pedig messze*“ .... legjobb mindenbe belenyugodni. Csak egy öröme maradt a népnek, ha jól lerészegedhetik. S éppen ettől akarja a kormány, e téren valóban dicséretes törekvése, megfosztani. Az alkoholt monopolizálta. Minden gyáros az államnak tartozik eladni az alkoholt, melynek ára a nép számára literenkint 1.60 rubel (2 frt 04 kr.). Ezt a spiritust már most csak igen-igen kevés embernek szabad elárúsítani és a nép a bolthelyiségben és az utczán nem ihatja meg; lakására kell azt vinnie. E helyett tömérdek theaszobát állítanak, a melyeket mértékletességi egyletek tartanak fenn és a hol vasárnaponként laterna magicával mulattatják a közönséget. Ha ez az intézmény consequensen végre lesz hajtva, kétségtelenül kiváló hasznára fog válni a nép moralitásának és egészségének. A vasúti állomásokon mindenki ingyen kap szamovárjába forró vizet, egyszerüen egy forrongó, sistergő kazánhoz megy és csapol magának belőle: spiritusos italt ellenben némely állomáson egyáltalában nem adnak harmadik osztályú utasnak — no, a többire még nem szól a haladás.

Minket, congressusi tagokat a népnek ez a józansága felette meglepett és látva a vasárnap délután csendesen üldögélő, theát szürcsölő és napraforgó magokat harapdáló népet, nem késtünk e feletti elismerésünknek kifejezést adni. Az őszinte orosz collegák azonban rögtön lelohasztották lelkesülésünket: ma a rendőrség eltiltotta a spiritus eladást, hogy a hétezer idegen ne lássa a nemzeti bününket. Csak jöjjenek vissza a jövő héten: a lóvasutak folytonos csengetés között haladhatnak csupán, hogy a sineken heverő holtrészeg testeket félre lökjék előle!

Ez a nép látott minket vendégül. Képzeljenek gyönyörü palotákat canalisatio nélkül; mesés kincseket, melyek a legprimitivebb architekturát cziczomázzák; széles kertekkel díszített külvárosokat infámis kövezettel, rikító színü, aranylemezekkel tarkált tetejü templomokat faházak között, iszonyú port, piszkot és roppant távolságokat az egyes helyek között, árnyékban 35° C. hőséget és a lehető legnagyobb fejetlenséget, mely congressuson valaha uralkodott, sok fölösleges intézkedés közepette elkéső napi tudó-

[1] „Kik boldogok Oroszországban?“

sítót, európai nyelveken beszélni nem tudó személyzetet, infámis postaszolgálatot, a bizottsági tagok tökéletes hiányát, a magát megértetni nem tudó közönség tolakodását, lármáját és szitkozódását s a congressus külső kerete megvan. Óriási lökdösődés ott, a hol valamit ingyen adtak. Zsúfolt kirándulóhelyek, érdeklődés nélküli, száraz, tudományos ülések, melyek arra valók, hogy az irodalmi érintkezés által felkeltett illuziót a közvetlen érintkezés mihamarább lerontsa.

A congressus végén mindenki megtartotta a maga véleményét; eszmecserék helyett sok helyütt személyeskedések folytak, s a régi ellentétek törtek elő. Új tudományos szempontok, új ideák, felfogások, kérdések alig kerültek a felszinre. A legtöbb embert az ingyenes vasúti jegy, egy bizarrnak hirdetett ország, a különben hozzáférhetetlen kincsek látása vonzotta és például a mintegy 400 magyar vendég közül csak 19 jelentett be közleményt, s még ezek némelyike is otthon maradt előadásával.

Nékám.

A Röntgen-sugarak alkalmazása a belgyógyászati kórjelzés terén.

(Folytatás.)

Ezen új diagnostikus eszközünknek czélirányos igénybevételével már eddig is mindenki által egyformán méltányolt fontos eredményekhez jutunk az aorta aneurysmáinak korai és pontos megállapításában. Mihelyt a felszálló aorta csak annyira tágul, hogy egy része a szegycsonttól fedetlen marad, a Röntgen-sugarakkal hozzáférhető. Kétségtelen, hogy az aorta-aneurysmák már a legkezdetibb stadiumban pontosan kórismézhetők s míg egyrészt ezáltal reményünk lehet az eredményesebb therapeutikus beavatkozásra, másrészt egy a régiek által meg nem közelített differential diagnostikus eszköz áll rendelkezésünkre, azt a kérdést illetőleg, mely eddig sok esetben eldöntetlenül maradt: aorta-aneurysma vagy mediastinalis tumor van jelen. Az a körülmény, mely sokak által lett már kiemelve, hogy csekélyebb kiöblösödései az aortafalnak észlelhetők olyan esetekben, melyekben a klinikus tünetek az aneurysma felvételére nem jogosítanak fel, bennem azt a meggyőződést kelti, hogy tapasztalataink bővülésével és az eljárás tökéletesbülésével sikerülni fog az aortafalnak olyan finomabb elváltozásait in vivo észlelni, melyeknek megfelelő anatomikus lelet nincs is, melyek egyrészt a fokozott vérnyomás, másrészt az elasticitásukból vesztett edényfal által vannak feltételezve s mely változások a hullának üres aortáján nem láthatók.

Endoarteritisnek a Röntgen-sugarakkal való diagnostizálása ma még nem nagy értékű, mert arról, hogy azt kezdeti stadiumában észlelhessük, ma még szó sem lehet; az bizonyosnak látszik, hogy elmeszesedett plaquesokat az aortának a szegycsonttól fedetlen részein láthatunk, de már ebben a stadiumban az endoarteritis chron. deform. egyéb régi módokon is megállapítható. Sokkal fontosabb volna a tapintó ujjunknak nem mindig hozzáférhető peripherikus edények megbetegedéseinek kórismézése; ez azonban annak daczára, hogy *Kümmel* pl. a medenczebeli arteriák sclerosisát is látta már, ma még nem biztos. *Becher* az alsó végtagoknak bármely czélból való átvilágításánál az illető végtagnak előzetes vértelenítését hozza javaslatba. Az endoarteritist eddig a jól átlátszó és átlátszatlanabb részletek egymásra következéséből kórismézték abból, hogy a degenerált arteria egyes részletei más és másképen bocsátják át a sugarakat. Becher ajánlatát én különösen az arterio-sclerosis vizsgálásánál tartanám czélravezetőnek.

Hálás tárgyát képezik a Röntgen-sugarakkal való vizsgálatnak a tüdők. Egyetlen egy vizsgálati eszközünkkel sem vagyunk képesek a tüdők helyzetéről, az egyes részletek mozgási képességéről, a rekesznek a légzési mozgásokban való részvételéről oly valóban tanulságos képet láthatni, mint ezen új methodussal. Különösen feltünő, a mit különben már mások is kiemeltek, az a nagy különbség és önállóság, mely a rekesz egyes részleteinek eltérő beidegzésében constatálható s nagyon helyesen jegyezte meg *Benedict* az idei berlini belgyógyászati congressuson, hogy épen a rekesz egyes részleteinek egymástól független beidegzése következtében a Röntgen-sugarak igénybevétele által lesz alkalmunk egyes oly állapotokat megismerni, melyeknél mi az előbb fel nem ismerhető viszonyokat tévesen a rekesz hüdésének kórismeztük.

Csúcsbeli infiltratióknak a Röntgen-sugarakkal való megállapithatásának valami nagy gyakorlati jelentőséget nem tulajdoníthatunk. Nem vonom kétségbe *Stubbert*-nek (Med. Record 1897. május 22.) azon tapasztalatát, hogy egyes, a tüdőcsúcsban látható könnyü elhomályosodások infiltratióknak felelnek meg, de ennek általános értelemben diagnostikai értéket tulajdonítani ma még nem lehet. Épúgy annak sem, hogy a homályos udvartól körülvett világos foltok cavernák mellett szólanak, bár vannak megbizható észlelők, a kik cavernák jelenlétéről a Röntgen-sugarak igénybevétele által győződhettek meg.

Valamivel erősebb árnyékot kapunk a pneumoniák különböző alakjainál, mint a milyet az infiltratiók okoznak.

Igen kifejezett, a szivtől jól elkülöníthető árnyékot adnak a tüdőben székelő tumorok. Az erek által feltételezett, többnyire nagy terjedelmü homályok a tüdő egyéb részeitől csökkent mozgási képességük által is felismerhetők.

Az átvilágítás a tüdőbántalmak legkülönfélébb eseteiben jogosult, s hogy némelykor igen értékes eredményekhez juttat, azt *Rosenfeldnek* két esete tanusítja; az egyikben egy gangraenás góczot fedezett fel a jobb tüdő alsó lebenyében; a physicalis tünetekből a localizálás lehetséges nem volt. Egy más esetben a jobb tüdőben a Röntgen-sugarak segélyével feltalált echinococcus tömlőt operativ úton távolíthatott el.

Ez idő szerint még sokkal kevesebbet mondhatunk a hasi szerveknek a Röntgen-sugarakkal való átvilágításáról és annak eredményéről. Nem mintha ilyen irányú vizsgálatok eddig foganatosítva nem lettek volna. Ellenkezőleg. *Kronberg* (Wiener med. Wochenschrift 1896. Nr. 22) a bélszükületek helyének megállapítására a bélnek előzetesen fémhiganynyal való megtöltését eredményesen próbálta és ezt a methodust — mely a betegre bizonyára nem a legkellemesebb — „*Kryptomercurial-Methode*“-nek nevezi. *René du Bois-Raymond*-nak a gyomrot és a vastagbelet levegő felfujása által sikerült láthatóvá tenni, mások fémeket (plumbum subaceticumot, bismuthot) alkalmaztak, s ismét mások a gyomor vizsgálatára fémsondákat. Annyi tény, hogy újszülötteknél a hasi szervekről elég tiszta kép alkotható, annyira, hogy a gyomor megtelési és kiürülési viszonyai pontosan észlelhetők.

(Folytatása következik.)

Heti szemle.

— **Tauffer** tanártól vettük és itt közöljük a következő levelet, teljesen magunkévá tevén annak tendentiáját.

Budapest, 1897. szeptember 9.

Tekintetes Szerkesztő úr!

A „Gyógyászat“ folyó évi augusztus 22-dikén megjelent 34. számában (mely csak most került szemeim elé) *Pfeifer Gyula* dr.-tól egy tárczaczikkely jelent meg, mely „*A gynaecologia legmodernebb műtermében*“ czim alatt Berlin nőorvosairól szól. E czikkelyben Pfeifer dr. úr a berlini nőorvosokról általában, de különösen „egyik előkelő berlini klinikáról“ és annak vezetőjéről „egy tanárról“ olyan megsemmisítő ítéletet mond, működésének lelkiismeretlen voltát olyan drastikus módon irja le, hogy jogosan kérdezhetni: vajjon ki az, a ki ilyen fokú barbarismust a mai korban megbélyegeztetés nélkül elkövethet; ha ugyan mind az igaz, a mit czikkíró mint látottakat és tapasztaltakat leir, pl. hogy „a legtöbb szaktudós a járóbetegeknek háromnegyed részét a kórisme felállítása czéljából elaltatja“ és hogy egyidőben „25—30 járóbeteg vár altatásra“, meg hogy „minden második esetben asphyxiával kell küzdeniök“.

Én magam a berlini nőorvosokat sok személyes tapasztalás alapján úgyis mint tudósokat, úgyis mint embereket tisztelni és nagyrabecsülni tanultam, és nem egynek közülök baráti hajlamaira vagyok büszke. Mindez okból el nem tűrhetem, hogy ily általánosságban, az egyes, talán hibásnak megnevezése nélkül, egy általuk nem értett nyelven, egy idegen nemzet orvosai előtt, megbélyegeztessenek és megkövetelem a tisztesség nevében, hogy a czikkíró úr az általa pellengérre állított egyént vagy egyéneket nyilvánosan megnevezze.

Lovagias kötelességének tartom azt is, hogy erős birálatait olyan nyelven is közölje, a melyen a megtámadott férfiú arról feltétlenül tudomást szerezhessen és ha szükségesnek és érdemesnek tartja, az ellen védekezhessék.

Szükségesnek tartom e felszólalást részemről a külföldi tudósok és klinikus tanárok abbeli megnyugtatása czéljából is, hogy a vendégszeretetüket és tanításaikat igénybe vevő számos fiatal magyar orvos, általuk nem értett nyelven, előttük ismeretlen szaksajtóban nem hálódatlankodhatik a higgadt közvélemény megrovása nélkül, mert hogy velem a fennebbiek elitélésében minden higgadt magyar orvos egyetért, arról meg vagyok győződve.

A tekintetes szerkesztő úrnak tisztelője

Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.

* * *

A Torontálvármegyei orvosegyesület, melynek elnöke *Plechl Szilárd* dr., v. m. tiszti főorvos és titkára *Fialovszky Béla* dr., kir. törvényszéki orvos, kebelében nyugdíjintézet létesítésén fáradozik, melyet a vármegyei vezető elemek is támogatnak. Miután a nyugdíjintézetbe való belépésre a megyében élő orvosoknak már nagyobb része jelentkezett, kilátás van arra, hogy az intézmény megkezdi működését még ennek az esztendőnek folyamán. Az ügy előkészítése már befejezéshez közeledik és az intézmény létesítése tárgyában az októberi közgyülés fog határozni.

A megalakítandó nyugdíj-egyesület alapelveire nézve az egyesület elnöksége részéről a tagokhoz küldött felszólításból a következő tájékoztató sorokat közöljük.

„A következőkben kívánjuk röviden tájékoztatóul a megalakítandó nyugdíj-egyesület alapelveit szives elbirálás végett közölni. Ismeretes, hogy Torontál vármegye és Pancsova város törvényhatósága területén összesen 141 orvos működik, ezek közül a torontálvármegyei orvosegyesület tagjául 125 jelentkezett, kik bizonyára mind, a nemes czélra való tekintettel, a nyugdíjegylet tagjaivá is válnak.

De tegyük fel, hogy egyelőre csak 100 tag jelentkeznék, úgy a tényállás a következő számokban volna kifejezhető.

Minden tag fizetne évente nyugdíjegyleti tagsági díjat 60 frtot, úgy száz tag mellett ez évi 6000 frt, mely összeget 10 éven át beszedve és pénzintézetnél elhelyezve, ez circa 75,000 frtra emelkedik 5%-os kamatos-kamatot véve alapul. Ezek szerint 10 év mulva az egylet működésképes lesz, mert 75,000 frt 5% kamata 3700 frt, miből 300 frt évi nyugdíjat számítva, már a 10-dik év végén a nyugdíjazás kezdetét vehetné, számításba véve, hogy a torontálvármegyei orvosok statistikailag kimutatott halálozási és munkaképtelenné válási száma évente 2½%, tehát minden 2-dik évben elhal vagy munkaképtelenné válik 5 orvos, úgy 10 év alatt 25 nyugdíjazási eset fordul elő. Minélfogva az egylet 10 évi fennállás után már a hozzáfűzött reményeknek meg fog felelhetni. S igy ez által az egyleti tag maga munkaképtelenné válása esetén vagy halála után a hátramaradó özvegyek és árvák legalább valami támaszt nyernek az évi 300 frtnyi nyugdíjban.

Számításunk a következő: az első tíz év leforgása után kezdődik a nyugdíjaztatás, akkor a 75,000 frtnyi tőke 3700 frtot kamatozván, 12 tag látható el nyugdíjjal, de a második decennium alatt, úgyszinte a 3. decennium alatt a tagok száma nem fogyván, mert a nyugdíjazottak állomása újból betöltetik, a bevétel mindig ugyanaz marad, akkor minden 10 év leforgása alatt 12 nyugdíjazási képességgel növekszik az egylet, úgy hogy az első decennium végén 12, a második végén 24, a harmadik végén 36, a negyedik végén 48 tag lesz nyugdíjazható; de tekintve azt, hogy nem mind a 12 tag egyszerre nyugdíjaztatik, úgy a fennmaradó összeg is tovább kamatozván, a fenti számokból nagyobb nyugdíjazási képesség fejlődik ki. Tekintve a nyugdíjazandók évi átlagos 25 számát, kik között természetesen a növekedéssel arányosan a halálozás folytán apadás is beáll, úgy biztosan soha sem fog az összes nyugdíjképesség igénybe vétetni, mi által a tőke folyton növekszik s ennek következtében akár a nyugdíjat a befizetési idővel arányosan növelni vagy a befizetéseket csökkenteni lehet.

Mindezekhez csak még azt jegyezzük meg, hogy a befizetések kezdeti 10 éve alatt nyugdíjaztatásnak helye nem lehet, ezen idő alatt elhalt tag után, a befizetett összeg kamat nélkül való visszafizetését szorgalmazhatják hátrahagyottjai, a mi végre is az állami és más nyugdíjalapoknál is megvan."

Vegyesek.

Budapest, 1897. szeptember 10-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. augusztus 22-től 1897. augusztus 28-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 404 gyermek, elhalt 236 személy, a születések tehát 168 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 6, hökhurut —, kanyaró —, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek 8, agykérlob 10, agyvérömleny 2, rángások 7, szervi szívbaj 9, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 23, tüdőgümő és sorvadás 30, bélhurut és béllob 62, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák —, Bright-kór és veselob 7, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 19, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 6, erőszakos haláleset 13. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 1936 beteg, szaporodás 711, csökkenés 615, maradt e hét végén ápolás alatt 2032. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. augusztus 27-től szeptember 3-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 3 (meghalt —), vörhenyben 13 (meghalt 2), kanyaróban 15 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 10 (meghalt 6), trachomában 10, vérhasban 3 (meghalt 1), hökhurutban 9 (meghalt 2), orbánczban 10 (meghalt —), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Marschalkó Tamás** dr. lapunk ismert munkatársa a kolozsvári egyetemhez a bőr- és bujakórtan ny. r. tanárává neveztetett ki.

— **Duchenne de Boulogne** emlékét a párisi Salpêtrièreben folyó évi junius hó 27-dikén *Barthon* belügyminister elnöklete alatt nagy ünnepélyességgel leplezték le. Az orvosok, physiologusok, a művészek s a psychologusok egyaránt magukénak vallhatják a franczia tudomány ezen kiváló alakját. Az orvosi tudományok előbbrevitelében szerzett érdemeit *Raymond*, az idegkórtan tanára méltatta, utána a szépművészetek nemzeti iskolájának tanára: *Mathias Duval* szólott. *Barthon* minister *Duchenne* érdemeit *Claude Bernardéhoz* hasonlította.

○ **A német egyetemek** 840 rendes tanára az ismert osztrák nyelvrendelet kibocsátása alkalmából a prágai német egyetemhez üdvözlő iratot intézett, melyben ezen egyetemnek a nyelvrendelet ellen való állásfoglalásáért meleg rokonszenvüket fejezik ki.

△ **A berlini physiologiai intézet** igazgatójává *Engelmann* tanárt hivták meg, mellette s vele *Fritsch* tanár a mikroscopiai-biologiai osztályt, *Thierfelder* tanár az életvegytant, a részletes élettant *Munk* tanár, az érzékszervek physiologiáét *König* tanár vezeti.

○ **Az olasz állami budget** az 1897/98-dik tanévre a főiskolákra s egyetemekre 10.285,428 lira rendes kiadást tartalmaz.

△ **Tokióban** női egyetemet akarnak felállítani, pedig a létező egyetemek tanárainak fizetése is nagyon csekély: 1000—2500 yen-ig terjed (600—1500 frt).

— **A budapesti Császár-fürdőben** 1897. január 1-jétől augusztus 31-dikéig 878 személy lakott és 292,354 személy fürdött.

— **Fodor Géza** dr., egyetemi magántanár *Abbaziába* költözött, hogy ottan fürdőorvosi gyakorlatot kezdjen. A fürdőközönség benne kiváló készültségű belgyógyászt fog nyerni.

△ **Megjelent.** *Blaskovics Fridolin* dr.: *„Szemészeti műtéttan"* orvostanhallgatók számára, 111 ábrával. Budapest, 1898. Ára 2 frt. — *Dr. Gustav v. Rigler*, Privatdocent und Assistent: Ueber die Selbstreinigung des Bodens. (Arch. f. Hygiene); Ueber den Einfluss der Verunreinigung, Temperatur und Durchlüfterung des Bodens auf die Härte des durch denselben durchsickernden Wassers. (Arch. f. Hygiene.)

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** **Nagy kénes iszapfürdő,** melynek 520 □-méter nagyságu nyitott és zárt medenczéiben a forrásviz naponként négyszer megújul. Mindennemü gyógy- és üdítő-fürdők. Olcsó és szép lakások. Prospectust küld ingyen az igazgatóság, **Budapesten.**

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemü emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

EDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállítónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, füszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Negyvenegyedik évfolyam. 38. szám. *Budapest, 1897. szeptember 19.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

KIR. MAGYAR TUD. EGYETEMI II. SEBÉSZETI KLINIKUM

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A lenyakazásról.

Közli: *Engel Gábor* dr., rk. tanár Kolozsvártt.

Szülészeti szaktudományunk akkor fogja zenithjét elérni, midőn az úgynevezett magzat daraboló műtételek jelenlegi eljárásaink közül kiküszöbölhetők lesznek; úgyannyira, hogy azok csak históriai értékkel birjanak és roncsoló műszereink a megérdemlett nyugalomba kerüljenek.

Egy rövid áttekintés a szülészet történetében azon reményre jogosit, hogy lassan bár, de közeledünk azon időponthoz, melyen túl a magzateldarabolással végzendő szülések a ritkaságok közé fognak tartozni.

Ezen időpontot akkor fogjuk megközeliteni, midőn a szülések körül segédkező személyzet értelmisége magasabb szinvonalon fog állani, mint jelenleg és az orvosi segély könnyebben lesz igénybe vehető, mint a mai viszonyok között. Ez utóbbira nézve szükséges az orvosok számának növekedése és — egyes vidékeken — arányosabb letelepedése, továbbá a közlekedési viszonyoknak fokozatos fejlődése. Mind oly tényezők, melyek idő multán javulni fognak.

A magzateldarabolás az elhanyagolt harántfekvéseknek befejező műtéte. Egyedüli czélunk az anya megmentése a hosszas szülés következményeitől.

A hosszas, eredménytelen szülés alatt fenyegeti az anyát a fertőzés könnyű lehetősége, a kimerülés, a méhdermedés és a méhnyakrepedés eshetősége. Ezek közül bármelyik magában rejti a legnagyobb veszélyt, mely egy szülőnőt érhet.

Midőn a szüléshez hivatunk, a magzatviz rég elfolyva, a méhszáj eltünve van, a medenczében az egyik váll, a hüvelybe előesett karral, vagy a magzat egyik oldalrésze — esetleg az előesett köldökzsinórral — mélyen leereszkedve található. A szülőnő kimerült, talán már lázas is, a méhösszehúzódások folytonosak, alig észrevehető szünetekkel. A méh alsó szelvénye a lehetőségig kitágulva és megvékonyodva, a magzat egy nagy részét magában foglalja, mig a méhtest izomzata dermés összehúzódásban, a magzat többi részét nyomja reá a medenczére.

A forditás végzése — mély altatás mellett — talán még lehetséges volna, azonban a fenyegető nyakrepedés ettől visszatart és csak akkor merjük megkisérleni, ha a medenczébe leszoritva egy lábat találhatunk, melynek lehozásáért nem kell kezünkkel a méhűrbe felhatolnunk és igy a méhnyak feszülését nagyobbitanunk.

A magzat halott és igy annak érdeke nem kivánja a fordítást. Ha azonban ezt erőltetve, méhrepedés jönne létre vagy az esetleg már megtörténvén, a műtét alatt veszszük azt észre, mily lelkifurdalást érezhetnénk az elkövetett műhiba miatt, melynek első sorban nem mi vagyunk okozói.

A jelenlevő körülmények a szülés azonnal való bevégzését követelik és ezt csak úgy vagyunk képesek tenni, ha a magzatot darabolás útján kisebbitve — részekre osztva — távolitjuk el.

Milyen eljárást kövessünk, arra befolyással van, hogy a magzat testének mely része van a medenczébe leszoritva és beékelve.

Ha — mint pl. vállfekvésnél — a nyak ujjainkkal körülfogható, a magzatot lenyakazás által két részre osztva könnyitjük meg eltávolitását. Ha a nyakat nem sikerül elérnünk vagy ha valamelyik oldal nyomult le, a has- és mellüreg megnyitásával és kiürítésével kisebbitjük oly mértékben, hogy annak kihúzása (cum conduplicato corpore) lehetséges legyen. Ha a hasnak a medenczéhez közel eső része van inkább lenyomulva, akkor a hasüreget megnyitva, egy horgot akasztunk a medenczeűrbe és azzal kiséreljük meg — az önfordulás mechanikája szerint — az eltávolitást.

Bármelyik eljárást követjük, törekvésünk oda irányul, hogy a méhfalzat feszültségét működésünk által ne nagyobbitsuk és műtét közben az anyai részeket ne sértsük.

Az elhanyagolt harántfekvések egy nagy részében képesek vagyunk a nyakhoz feljutni és igy a lenyakazás (decapitatio) műtétét végezhetni.

Ősidőktől fogva a szülészeti horog azon műszer, mely e czélra használtatik. A Braun módositásával (1850.) részben elvesztette azon veszélyességét, hogy alkalmazása közben úgy az anya, mint a műtő sérüléseket szenvedjen. Évek előtt (1887) Küstner melegen ajánlotta a Levret-féle horog után készült Schultze-féle sarlókést a Braun-féle kulcshorog helyett.

E műszerrel tett kisérletek azon eredményt nyujtották, hogy a sarlókés úgy a szülőnő, mint a műtételt végző orvosra nézve nem közömbös, sőt veszedelmes eszköz, mivel működése nem ellenőrizhető. Azon irodalmi vitából, melyet a két eszköz használhatósága felett folytattak és mely nem annyira a meggyőződés, mint inkább a szenvedély hangján volt tartva, csak azon tanuságot meríthettük, hogy egyik műszer sem felel meg tökéletesen a czélnak.

Mert a Braun-féle horog is magában véve kezdetleges műszer s jobb eszköz hiányában vagyunk kénytelenek még használni. Alkalmazásával a nyakat átmarczangoljuk s ez rohadt magzatnál könnyen sikerül, azonban frissen elhaltnál nagy erőkifejtést követel, mely képes úgy az anya, mint a műtő erejét kimeriteni. A nyaki gerinczoszlop szétválasztása — kificzamitása — után a lágyrészek szétmarczangolása sok időt igényel. A tompa horog azokba annyira belebonyolódik, hogy többször kell kiszabaditani és a csavarást folytatni addig, mig azok köteggé csavarodnak, a szeméremrésig lehúzhatók s végül is olló segélyével választhatók szét.

Leszámitva ezen kellemetlen esélyeket, sőt annak lehetőségét is, hogy a nagy erővel alkalmazott horog néha kiszakad a szövetek közül s előreláthatatlan sérüléseket okozhat, hátrányul tekinthetjük azt is, hogy a magzat két vége a méh nyaki rész oldalaira támaszkodik és a nyak lecsavarására, illetve a gerinczoszlop szétválasztására fordított erő egy része a megvékonyodott és részünkről mindenképen óvandó nyaki részletet nyomja, vongálja.

A lenyakazás végzésére kieszelt műszert sokat ismerünk már és hogy mégis az egyszerű, bár kevésbbé czélirányos Braun-féle horoghoz újra visszatérünk, csak annak a jele, hogy az újabb műszerek még kevésbbé felelnek meg a kivánt

czélnak. Hátrányuk, hogy összetett szerkezetűek, nehezen tisztithatók és a mi fő: alkalmazásuk — a viszonyok miatt — nehéz, majdnem lehetetlen.

Többnyire a sodronycsavar — ecraseur — és a láncz-fürész módositásaiból állanak. A sodrony a nyakat egy szintben metszi át, a csontokat nem roncsolja és az átvágott részek — kihúzáskor — nem sértik fel a nyak és hüvely oldalait, mint azt a horog által átszakitott részek néha megteszik; azonban alkalmazása nehezitett, t. i. a sodronynak a nyak körül való vezetése — leszámitva a kézügyességet — annyi tért kiván, a mennyinek létezése mellett még megkisérelhetjük a fordítást is. A valóban elhanyagolt haránt-fekvésnél csak erőfeszitéssel tudunk a nyakhoz feljutni és azt ujjaink között rögziteni, egy ellenálló sodronykacsnak a nyak körül való vezetése csaknem lehetetlen vagy sok időt vesz igénybe. Ezért nem lehet az ily szerkezetű műszereket általános használatra alkalmazni.

Egy a czélnak megfelelő műszer összeállitása még a jövőnek van fentartva. Hogy szükségünk van reá, mutatja az, hogy mindegyre egy újabb műszer szerkesztetik s lesz ajánlva feltalálója által.

Újabban Zweifel[1] állított össze egy trachelorhekternek nevezett kettős horgot, mely csavarral működik, a gerinczoszlopot megszakitja, a lágyrészek szétválasztásánál azonban ugyanazon nehézségeket találjuk mint az egyes horognál. Alapjában elmés találmány, de csak gyakorlott kézben veszélytelen, mivel a csavar működése és igy a gerinczoszlop szétválasztása alatt a horgok kéztől fedetlenül maradnak.

Azon műszertől, mely kivánságainknak megfelelne, a következő előnyöket várjuk: 1. szerkezete egyszerű, alkalmazása könnyű legyen; 2. működése alatt az anyai lágyrészeket ne veszélyeztesse; 3. a nyakat símán válaszsza szét.

Ily műszerrel jelenleg még nem rendelkezünk, azonban e kivánságoknak eleget tehetünk két — lenyakazásra alkalmazott — műszernek együttes használata által.

Utolsó nyolcz lenyakazási műtételemnél a Braun-féle horgot és a Siebold-féle lapjára hajlított tompa hegyű ollót használtam, úgy azonban, hogy a horog csak a nyak rögzitésére szolgált, mig annak átvágását az ollóval végeztem.

Egyik kézzel a nyakat felkeresve és az ujjakkal a szokott módon körülfogva, a horgot a tenyér mentén felvezetjük és a nyakba akasztjuk, midőn annak gombos vége ujjaink fedezete alatt marad. A nyakat gyengén lefelé húzva és rögzitve, a horog forgantyúját a fanivbe — oldalt a húgycsőtől — emeljük és a szülésnél segédkező bábának adjuk kezébe, figyelmeztetve a nyugodt tartásra.

A tompa ollót — szintén a tenyér mentén — a horog nyele alatt vezetjük a nyakig és kisebb szétnyitásokkal, miközben tompa végét a bevezetett kéznek a nyakat körülvevő ujjai ellenőrzik, azt kis részletekben átvágjuk. Az átvágott részek szétnyilásával mind több tért nyerünk, mig a metszésekkel a gerinczoszlopig jutunk, melynek átvágása könnyen sikerül, főleg ha ujjainkkal kitapintunk egy csigolyaizületet és a metszéseket azon át vezetjük. Végre a horog öblébe szorult lágyrészeket egy-két csapással felszabaditva, az ollót és a horgot a nemző részekből eltávolitjuk. A két részre osztott magzatot a lehető legkiméletesebb módon igyekezünk kihozni.

Ezen eljárást tartom a legegyszerűbbnek a nyakazás végzésére, mely által a méh alsó szelvénye nincsen vongálásnak kitéve, a nyak símán lesz átvágva, az anyai részek sem a műszerek, sem a nyaki csontok által nem sértetnek meg és úgy az anya mint a működő orvos a műtét folytán nem fárad ki.

A kéznek felvezetése a nyak körülfogása végett — melyet pedig minden esetben, bármely műszert használunk is, meg kell tennünk — néha csak nagy erőfeszitéssel, fáradsággal és a szülőnő veszélyeztetésével lehetséges. Ezért akkor járunk el helyesen, midőn, ha első kisérleteink a kéz felvezetésére nem sikerülnek, lemondunk a lenyakazás végzéséről és ennél egy még visszataszitóbb műtételhez, a kizsigereléshez folyamodunk. A szülőnőre nézve ez kiméletesebb eljárás, az orvosra nézve — egyes esetekben — talán könnyebb, mint egy kierőszakolt lenyakazási műtétel. Mert testi erőnk és technikai készültségünk akkor van igazán hatalmunkban, ha azokat mérséklettel tudjuk felhasználni.

[1] Centralblatt f. Gyn. 1895. 20. sz.

Fülgyógyászati közlemények.

Krepuska Géza dr.-tól.

(Vége.)

II. Egy úgynevezett szörös fülpolypus.[1]

Daczára, hogy a fülpolypusok szövettanilag igen tarka képet mutathatnak és sokszor igen heterogen szövetelemek kerülhetnek egymás mellé, máskor meg — tisztán szövettanilag — már a neoplasma határán állanak, az általam észlelt és vizsgált egy esetet még ezeken felül is szokatlansága miatt közlésre érdemesnek tartom.

Stein K. 19 éves kereskedő, mult év november 13-dikán keresett fel fülbajával. Panasza az, hogy a jobb füle nehány hete folyik, rosszul hall, különben feje nem fáj, nem szédül; gyermekkori fülbántalomra nem emlékszik.

St. pr. A jobb hangvezetőben büzös geny; dobhártya területe élénk piros, fénylő, sima, lágy, mozgatható polypussal fedett, mely a dobüreg felső részéből látszik kinőni. Jobb fülön az óra ketyegését közvetlen a kagylóról, a súgó beszédet nem hallja. *Weber* szerint a jobb fül erősen „positiv". A polypust kacsesal eltávolítva, feltünt, hogy annak tömegéből egyesével és többesével sugárszerűen merev, finom pehelyszörök állanak ki, melyek közül nehányat csiptetővel könnyen ki lehetett húzni. *Zenker*-féle folyadékba téve a polypust, a mely kis borsónyi, még inkább feltünt annak szőrös volta. Az első polypuson kivül még három kisebbet távolitottam el a dobüregből és pedig egyet a dobüreg fenekéről, két kisebbet a dobüreg hátsó részéből. Ez utóbbi három polypus meglehetős sima, kerek, rajtok makroskopice nem látható semmi feltünő.

A polypusok exstirpatiója után a dobüreg néhány nap mulva már száraz. A dobhártya, a kalapács nyelére kétoldalt tapadó részletét kivéve, teljesen destruált (vesealakú perforatio), ugyancsak a membrana flaccida helyén perforatio sicca; a hangvezető hátsó-felső részén, közel a margo tympanicushoz keskeny csontnyilás, melyben kis sarj ül. A dobhártyamaradék, a kalapács nyele, valamint a dobüregi nyálkahártya teljesen halaványy, száraz, fénylő. Hallása a betegnek a polypusextractio daczára sem javult meg. A betegnél, ki azóta észlelés alatt áll, hosszabb szünet után, a dobüreg hátsó részében, két izben újult meg a polyp képződés, sőt legújabban a Schrapnell-hártya perforatióján át is kis polypus vehető ki, mely valószinüleg a kalapács nyakából nő. Ezóta a dobüreg újra genyes.

Eltekintve az eset fülészeti tárgyalásától, az exstirpált polypusok szövettani structurája az, mely említést érdemel. A polypusokból készült metszeteken, a melyeket Pertik tanár laboratoriumában vizsgáltam, ugyanis a következő látszik:

A (I-sö számú) polypus szerfölött erősen vascularizált, stromáját fiatal kötőszöveti sejtek képezik, melyek közül sok mucinosusan degenerált; a stroma szövetén kivül erős parenchymatosus vérzések, macerált piros vérsejtekkel, ezenfelül genysejtekkel való beszűrődés látható. A vérerek szerfölött vastag falzatúak, a falazat sejtjei mononuclearis leucocyták által dissociáltak. A polypus tömegén keresztül-kasul fasciculusokban elrendezett magnélküli, vékonyfalú, felfújt, lapos hámsejtek (ú. n. cholesteatoma-sejtek) vannak elhelyezve. A polypus tömegében, sőt szélein is, egyes nagyobb csoportokban nagy számban vannak 30—60 maggal biró óriási sejtek felhalmozva. Ezen óriássejtek már első tekintetre eltérni látszanak a gümökórnál található óriás sejtektől, főként az által, hogy magvaik nagyobbak, éles szélüek, több chromatophor anyagot tartalmaznak, a magvak elhelyezése sem monopolaris, hanem bizonyos sectorok szerint csoportositott. Ezen óriássejtek plasmája nem homogen, nem is finoman szemcsés, hanem hullámosan csikolt. Ezen óriássejtek hasonlatosság tekintetében leg-

[1] Beteg és górcsövi készítmények bemutatásával előadatott a magyar fül- és gégeorvosok egyesületének 1897. január 28-dikán tartott ülésén.

közelebb állanak az osteoklastokhoz. Végül — mint legfeltünőbb jelenség — láthatók a polypus tömegében mindenütt egyesével és többesével előforduló, a polypus tömegével látszólag szervesen összefüggő finom, fehér pehelyszőrök, melyek részint metszetekben, részint a polypus tömegéből kiálló hosszabb szőrök alakjában vannak meg. Bár a polypus szövete fiatal kötőszövet és vérerek alakjában szorosan veszi körül az egyes szőröket és bárha egyes metszeteken a szőrök hagymája jól kivehető, mindazonáltal a legszorgosabb vizsgálat által sem sikerült szőrtüszőt találni és így a polypus tömegében elhelyezett szőrök csak inclusiók, illetőleg idegen testek gyanánt fogandók fel. A polypus tömegét alkotó óriássejtek nem a szőrök mellett közvetlenül, nem is teljesen a szomszédságukban, hanem távolabb láthatók. Sem *Ehrlich*, sem *Ziehl*-féle festésre gümőkór-bacillusokat sem a genyben, sem az elég nagy számban átvizsgált metszetekben találni nem lehetett, jeléül annak, hogy ezen esetben is az óriássejtek maguk nem kifejezői a gümőkórnak.[1]

Ismeretes tény, hogy óriássejtek fejlődhetnek a szövetekben idegen testek által gyakorolt inger következtében (pl. jodoform-szemcsék, cholestearin-kristály); nagyon valószínű, hogy a közölt esetben is a polypus tömegében levő szőrök mint idegen testek szerepeltek az óriássejtek fejlődésében. A szőrök bejutása a polypusba valószínűleg úgy történt, hogy a hangvezető finom pehelyszőrei közül kihullás alkalmával, talán fekvő helyzetben a dobhártya destructio következtében a dobüregi nyálkahártyára jutva, valami módon megragadtak, beékelődtek, bizonyos reactio-folyamatot indítottak meg, melynek eredménye lett a sarjadzás; a sarjszövet lassan körülnövén az egyes szőröket, mintegy betemette azokat.

Említésre méltó tény az is, hogy a jelen esetben az óriássejtek fejlődése, illetőleg származása tekintetében is bizonyos felvilágositó adatot lehet találni. Ugyanis a polypus alapszövetét képző fiatal kötőszöveti sejtek közül egyiknek-másiknak a plasmája meggyarapodva látszik; ily meggyarapodott plasmájú sejt kiválik a többi közül az által, hogy valamivel nagyobb a többi fiatal kötszöveti sejtnél, plasmája látszólag homogen, gyengén festődő magja ovalis, éles szélü és excentrikus. Ha két ily nagyobbodó sejt közvetlen közelben fejlődik, úgy plasmájuk az érintkezési helyen mintegy összetapad és egybefolyik; ily átmeneti alakokat kezdve az érintkezéstől a teljes egybeolvadásig, nagy számban lehet találni. A teljesen egybeolvadt ily két sejt két magva csakhamar egymásmellé kerül. A mi az egymagvú sejtekkel történik, ugyanezen összeolvadás vehető ki a többmagvú sejteknél is és így egybeolvadás által jöttek létre a jelen esetben az óriássejtek. Ezen egybeolvadás mellett szól azon körülmény is, hogy a sokmagvú (30—60) óriássejteket igen erős nagyitással vizsgálva, egyes helyeken még felismerhetni a fénytörési különbségből az egybeolvadási vonalat, a mely vonalaknak megfelelőleg vannak a magvak is bizonyos sectorok szerint csoportosulva.

Röviden egybevetve, a bemutatott esetben említésre méltó, hogy:

1. A fülpolypusban szőrök mint inclusiók találtattak, a melyek úgy látszik, a polypus fejlődését okozták vagy legalább előmozditották.

2. Daczára a nagyszámú óriássejtnek, a folyamat nem gümőkóros eredetü.

3. Az óriássejtek minden valószinűség szerint kötőszöveti sejtekből származtak egybeolvadás folytán.

III. A Gasser-féle idegdúcz elsődleges sarcomája, tekintettel a megfelelő oldali hallószerv működésére.[2]

N. J. 38 éves végrehajtó, 1895. február 19-dikén vétetett fel *Kétly* tanár klinikájára. A kórtörténetéből szükséges felemliteni, hogy fiatalabb korában többször volt blennorrhoeája, 25 éves korában állítólag *ulcus duruma* volt, de testén kiütéseket és torokfájást nem vett észre; higanycurát használt, más betegségekre nem emlékszik. 1895. január havában állítólag egy mulatság után oly óriási fejfájás lepte meg, hogy önkivületi állapotba jutott, ezen időtől kezdve mindennap rohamokban jelentkezett a fejfájás, a mely inkább a jobboldali fejfélben székel és a jobb fülbe kisugárzik.

A felvételkor a következők találtattak. A beteg jól fejlett, jól táplált, erős csontrendszerü. Pupillák középtágak, egyenlők, jól reagálnak. Jól lát. Hangja kissé dünnyögő. A jobboldali musculus sternocleidomastoideus feszültebb, fájdalmas, nyaki mirigyek nem tapinthatók. Légző, emésztő és vérkeringési szervei rendben vannak. A jobboldali fülén azonkivül, hogy fáj, rosszabbul hall és zúgása van. Izérzése teljesen hiányzik a nyelven, a szájpadlás jól érez. Főpanaszát az igen nagy jobboldali fejfájás képezi. A betegnél, a kit körülbelül egy hét mulva láttam először, a következőket találtam. A fül környéke érzékeny, különösen a csecsnyujtvány és a retromaxillaris tájék, alaki elváltozást — kivévén a jobbon feszülő musc. sternocleidomastoideust — észlelni nem lehet. Hangvezető ép, táj; dobhártya transparens, halavány, minden beloveltség nélkül, kissé bágyadtabb és kevéssé besüppedtebb. A dobüreg szabad, lobmentes.

Weber-vizsgálatnál a jobb fülben hallja a hangot. Jobb fülön súgó beszédet $1^1/_2$ meterről hall. Politzer-féle befúvás nem sikerül, katheteren át a befúvás sikerül; a hang száraz, magas. A befúvás sem a halláskepességben, sem a fájdalmak csökkenésében semmi változást sem idéz elő. A beteg a száját nem tudja nyitni, a metszőfogait legfeljebb 1—2 cm.-nyire képes távolitani, a szájgaratban — bár csak hiányosan sikerül azt megvizsgálni — nem látszik semmi, lágy szájpad nem hüdött; nyelni jól tud. Orrlégzés nehezített, de az orrjáratok — eltekintve az orrnyálkahártya hurutos duzzanatától — eléggé szabadok. Az orrgarat üreget, a melyet a trismus miatt ujjal és így is nagy ügygyel-bajjal lehetett csak megvizsgálni, *Klár* dr. úr teljesen szabadnak találta. A beteg erős jobboldali fejfájásról panaszkodik, a melyet localizálni teljesen nem tud, majd a falcsont, majd a csecsnyujtvány, majd a fülbe helyezi. Fejfájása oly erős, hogy sem aludni, sem táplálkozni nem képes. Valamennyi antineuralgikus szer csak igen csekély mértékben szünteti ezen fájdalmakat. Tekintettel a negativ dobüregi leletre, a meglevő igen erős hemicraniára, trismusra és tekintettel arra, hogy a beteg fiatal korában luest állott ki, nagyon valószinűnek látszott azon felvétel, hogy a betegnél a koponyaalapon valószinűleg az ikcsont testén luetikus alapon fejlődött csonthártyalob van és azért a beteg, a ki a kórodáról márczius 13-dikán távozott, azon utasitást kapta — egyszersmind otthoni orvosa levélben a betegség mibenlétéről értesittetvén —, hogy ismét valamely higanycurának vesse magát alá.

Ugyanazon év augusztus havában a beteg újra feljött Budapestre, a midőn a szt. István-közkórházba, Hochhalt főorvos osztályára vétette fel magát a következő állapottal: A homlokcsont jobb fele, a falcsont, különösen a koronavarrat tájéka ütögetésre fájdalmas; a jobb n. supra- és n. infraorbitalis kilépési helyükön nyomva fájdalmasabb, mint a bal. Szájnyitáskor metszőfogait csak $1^1/_2$ centimeterre távolitja; garat szabad. Bal álszögletben kis diónyi, kemény mirigy tapintható. Jobb kar emelésénél a jobb bimbó tája igen érzékeny. A jobboldali 6—7. bordaköz nyomásra szerfelett fájdalmas. Mindkétoldali, a foramen ischiadicumból kiindulólag a két nervus ischiadicus mentén kisugárzó erős fájdalmai vannak, a melyek éjjelenkint növekednek. A jobb füle zúg, ezen oldalon rosszul hall. Dobhártya bágyadt, fénytelen, besüppedt, de nem lobos, dobüregben izzadmány nem látható. Jobboldalt a zsebóra ketyegést közvetlen közelről hallja; Weber-vizsgálatnál a középen hallja a hangot, jobb fülön az areotympanalis vezetés kissé jobb a csontvezetésnél.

A beteg vérszegény, lesoványodott; ültéből felkelni csak bot segélyével képes, járása nehézkes.

Fő panaszát a nagy fájdalmak képezik, melyeket a fejben, de jelenleg különösen az alsó végtagokban érez. A kórisme „Neuritis multiplex luetica"-ra tétetett; a beteg *sozojodol* subcutan injectiókat kapott. Augusztus 15-dikén a lumbalis tájék fájdalmas lett. *Augusztus 22-dikén* a jobb lába feje érzéketlenné lett, valamint a lábfej activ mozgathatósága is megszünt. *Augusztus 26-dikán* a bal foram. ischiadicum tájéka duzzadt, érintésre szerfölött fájdalmas; a keresztcsont bal felén körülbelül a 2—3-dik keresztlik tájékén tallérnyi dudor, mely nyomásra érzékeny. Jobboldalt a térdreflex megszünt, baloldalt kissé fokozott. A fejfájás részben megszünt.

A beteg általános elgyengülés következtében szeptember 27-dikén halt el.

Boncolásnál főbb pontokban a következők találtattak: A *jobboldali Gasser-dúcznak* megfelelőleg egy $3^1/_2$ cm. hosszú és körülbelül 2 cm. széles, sima felszinű, sárgás-fehér, tömött, egyenletes, sima metszlapú daganat van, a mely kevéssé a koponyaüregbe emelkedik és a melyről a dura mater könnyen levonható; a dura belső felszine ezen helyen sima, fénylő. A daganat a sziklacsont pyramisának csúcsát, valamint a pyramis mellső részét egészen a carotis sziklacsonti ágának a térdéig usurálta, részben alávájta, a *carotis int.* mellső fala a daganatban fekszik, sőt a daganat az ütérfal mentén, vele összefüggésben az ütőér felszálló ága mentén is leterjedt, de a dobüregbe nem tört át. A musculus tensor tympani húsos része teljesen daganattá alakult át, tetemesen megvastagodott, de a fülkürt csontos szakaszának a hosszát nem tölti ki teljesen, úgy hogy az ín végső része látszólag ép és a dobüreg is teljesen szabad. Ezen daganatból indulnak ki a n. trigeminus ágai. A felső ág fehéres szinü, nem vastagodott; a középső ág kissé sárgásabb, áttünőbb, vastagodottabb; az alsó ág ujjnyi vastag és a foramen ovale

*

[1] A többi három polypus szövettanilag teljesen azonos a most leirt elsővel, azon különbséggel, hogy a II-diknál a véredényzettség kisebb és csak egy szőrt lehetett a metszetekben találni; a III-dik és IV-dik polypusnál szőr nem, de igen sok óriássejt található.

[2] Készítmények bemutatásával előadatott a magyar fül- és gégeorvosok 1897. május 20-dikán tartott ülésén.

is megfelelőleg tágult. Ezen daganattá átalakult *nerv. inframaxillaris* összefügg az orrgaratban látható álképlettel. Az orrgaratüreg — a boltozattól kezdve a pharynx tonsilla, a garat hátsó és jobboldali lateralis fala a fülkürt szájadék magasságáig — körülbelül 2—3 cm. vastag, tömött, szürkés-fehéres, szemcsés metszlapú, duzzadt nyálkahártyával fedett tömeg által részben kitöltött. Az *Eustach-cső* szájadéka betemetve, egy kis félholdnyi résalakban látszik; a *Rosenmüller*-féle tasak pedig egymásra szorított falzat következtében keskeny rést képez. A daganat mögött a csont mindenütt ép. Az Eustach-cső porczos része a daganat által erősen mellfelé szorított, ez által a porczos és csontos határ szélén szögletbe törött; a fülkürt hártyás, külső fala aránylag elég vékony, ép rétegek által képezett, annál inkább vastagodott a porczos medialis fala, úgy hogy a fülkürt porcza mintegy betemetve látszik. A baloldali pharynx-üreg, valamint a szájgaratüreg szabad. A nyaki nyirokmirigyek erősen nagyobbodottak, tömöttek, sima, fénylő metszlapúak. Ezen leírt, elsődleges daganaton felül áttételek találtattak a következő helyeken: a jobboldali 6-dik borda porczában egy diónyi; a 6—8-dik háti csigolya testeiben; a synchondrosis sacro-iliaca dextra teljesen szétroncsolt a daganat által és a csipőcsont tányéra, valamint a keresztcsont nagy része a daganat által tönkre tett és beszűrődött. A máj egész tömege számos borsónyi, mogyorónyi sárgás-fehér, részben a felületre kiemelkedő kis köldökszerű behúzódással biró, sima, fénylő metszlapú daganattal behintett.

A primaer *daganatból*, valamint a *többi áttételes góczból* készült metszeteken *ugyanazon szövettani structura* látszik. Az újképlet apró, kevés plasmával, nagy, kerek, erősen szemcsézett centralis fekvésű maggal biró sejtekből áll, a melyek a környező szövetbe nyalábokban nyomulnak be: az egyes nyalábokat hasonló sejtekből álló, apró hídszerű kötegek kötik egybe; ezen alveolaris elrendeződés mellett azonban mindenütt látszik az új képlet sejtjeinek beszűrődése a környező szövetbe. A primaer daganatban a *Gasser*-dúcz helyén egyetlen egy dúczsejt sem ismerhető fel, itt-ott vehető ki velős hüvelyű idegrost; e mellett feltünik az új képletben, különösen a vérerek mentén a *calcificatio*, ugyancsak ilyen calcificatio látszik a carotis interna sziklacsonti ágának a daganathoz fekvő falában (endarteritis chron. def.). A trigeminus második ágából és pedig a *for. rotundumból* való kilépési helyéről vett metszeteken apró fasciculusokban aránylag még ép idegrostokat lehet találni, ámbár ezek nagy mértékben vannak széttolva a daganat elemei által.

Végelemzésben a daganat *sarcoma alveolare*, a mely — egyes helyeken, különösen a metastasisokban, a nyirkerek lumenén belül fejlődvén — az *endothelioma* elnevezéssel is jogosan illethető volna.

A közölt esetben, mint végeredmény tanulságul felemlíthető, hogy olyan esetekben, a hol csillapíthatatlan otalgia van dobüregi megfelelő tünet és fülkürt bántalma nélkül, kell, hogy a trigeminus, esetleg annak fődúczának a bántalmazottságára gondoljunk. Fülészeti szempontból említésre méltó tünet, hogy a bemutatott esetben a bántalom fejlődésével a megfelelő hallóideg vezetőképessége fokozatosan csökkent, a nélkül, hogy ennek okát a dobüregben vagy Eustach-csőben meglelni lehetett volna és valószinüleg az a trigeminus révén az acustikus végkészülékére gyakorolt reflectorikus hatásban leli magyarázatát. Ezen bemutatott eset anatomiai alapon is szépen bizonyítja *Schiff*-nek elméletét a *nerv. lingualis* szerepéről a nyelv ízlelőképessége tekintetében, a mennyiben a bemutatott esetben a jobb nyelvfélben egészen a *papillae circumvallatae* tájáig az ízlés hiányzott. Feltünő jelenség az is, hogy a Gasser-féle dúcz teljes tömegére kiterjedő elfajulás daczára, a jobb szem részéről koros tünet teljesen hiányzott.

Közlemény Kézmárszky Tivadar I. szülő- és nőbeteg klinikájából.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyai a terhesség különböző szakaiban, tekintettel az anya testi fejlődésére és azon változásokra, melyeknek a magzat teste a szülés következtében alá van vetve.

Weisz Ferencz dr.-tól.

(Folytatás.)

Ha most saját eseteinket nézzük, úgy a következők derülnek ki: A negyedik hónapból egy esetet észleltem, ennek hossza 10 cm., súlya 40 gm. volt. Egyéb mérete nem volt felvehető.

Az 5-dik hónapból 2 eset került észlelés alá, és pedig 23·5 cm. hoszszal és 390 gm. súlylyal közepesen. Itt ugyancsak egyéb méret nem volt felvehető.

A 6-dik hónapban észlelt eseteket tüntesse fel az alábbi táblázat, mely szemléltető voltánál fogva hamar útbaigazít.

I. *Újszülöttek átlagos méretei a VI. hónapból.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
1	fiú	—	29	600	—	—	—	—	—	—	—	—
3	leány	—	29·6	663·3	8·55	6·4	6·15	5·4	7·4	25·5	21·75	20·25
4	összes	—	29·3	642·5	8·55	6·4	6·15	5·4	7·4	25·5	21·75	20·25
1	fiú	I. P.	29	600	—	—	—	—	—	—	—	—
2	leány	I. P.	27·5	535	8·4	6·0	5·8	5·1	7·2	24·5	20·0	18·5
3	összes	I. P.	28	590	8·4	6·0	5·8	5·1	7·2	24·5	20·0	18·5
0	fiú	M. P.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	leány	M. P.	34	820	8·7	6·8	6·5	5·7	7·6	26·5	23·5	21·5
1	összes	M. P.	34	820	8·7	6·8	6·5	5·7	7·6	26·5	23·5	21·5

Ezen I. táblázat, mely csekély anyagot mutat és így ezen méretek absolut becse ennélfogva nem lehet nagy, demonstrálja, hogy a magzatok átlagos hossza e hóban 29·3 cm., súlyuk 642·5 gm., a nagy ferde 8·55 cm., kis ferde 6·4, nagy haránt 6·15, kis haránt 5·4, egyenes 7·4, legnagyobb fejkerület 25·5, nagy 21·75 és kis fejkerület 20·25 cm.-t tett. Az I. és multipara közötti viszonyt nézve, az összes méreteknél a M. P. magzatjai nagyobb méretűek.

II. *Újszülöttek átlagos méretei a VII. hónapban.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
1	fiú	—	40	1000	10·7	7·8	7·6	6·9	8·8	24	21·5	18·5
6	leány	—	35·83	1001·6	8·53	6·91	6·38	6·33	7·63	27·16	23·58	21·75
7	összes	—	36·42	1001·4	9·01	7·04	6·8	6·56	7·8	26·71	23·28	21·28
0	fiú	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	leány	I. P.	37·25	1235·3	9·75	7·65	7·25	6·15	8·45	28·25	25·25	23·0
2	összes	I. P	37·25	1235·3	9·75	7·65	7·25	6·15	8·45	28·25	25·25	23·0
1	fiú	M. P.	40·0	1000	10·7	7·8	7·6	6·9	8·8	24	21·5	18·5
4	leány	M. P.	35·12	885	8·22	6·55	6·55	5·92	7·22	25·12	22·87	21·12
5	összes	M P.	34·1	908	8·72	6·08	6·76	6·12	7·54	24·90	22·06	20·2

A II. táblázat szerint az átlagok a következők voltak. Hossz 36·42, súly 1001·4 gm., nagy ferde 9, kis ferde 7·04, nagy haránt 6·8, kis haránt 6·56, egyenes 7·8, legnagyobb fejkerület 26·71, kis fejkerület 21·28, nagy fejkerület 23·28 cm. Itt is a M. P. méretei nagyobbak, mint az I. P.-é, ép úgy mint az I. táblázat alatt.

III. *Újszülöttek átlagos méretei a VIII. hónapban.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
										legn.	nagy	kis
9	fiú	—	44·5	1977·7	12·11	8·7	8·23	7·8	10·47	34·53	30·27	28·4
8	leány	—	44·62	2253·7	12·37	8·81	8·51	7·68	10·61	34·75	31·45	28·91
17	összes	—	44·56	2115·7	12·44	8·75	8·37	7·79	10·54	34·64	30·86	28·65
5	fiú	I. P.	44·6	1984	12·26	8·68	8·12	7·65	10·38	34·6	31·0	28·4
6	leány	I. P.	44·33	2216·6	12·38	8·76	8·4	7·58	10·74	34·76	31·58	28·92
11	összes	I. P.	44·54	2110·9	12·32	8·72	8·26	7·60	10·56	34·68	31·29	28·66
4	fiú	M. P.	44·37	2087·5	12·15	8·72	8·55	7·77	10·60	34·25	32·12	28·47
2	leány	M. P.	44·85	2315	12·35	8·95	8·80	7·95	10·3	34·85	31·25	28·9
6	összes	M. P.	44·61	2201·2	12·25	8·83	8·67	7·86	10·45	34·55	31·68	28·68

A III. táblázat szerint a méretek a következők: Hossz 44·56, súly 2115·7 gm., nagy ferde 12·44 cm., nagy haránt 8·37, kis ferde 8·75, kis haránt 7·79, egyenes 10·54, a legnagyobb fejkerület 34·64, a nagy 30·86 és a kis fejkerület 28·65 cm.

A hossz, súly, kis ferde, nagy haránt, kis haránt, nagy és kis fejkerületek méretei nagyobbak a M. P. magzatjainál; míg a nagy ferde, egyenes és legnagyobb fejkerület méretei a primiparanál.

IV. *Újszülöttek átlagos méretei a IX. hónapban.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	Fejkerület nagy	Fejkerület kis
13	fiú	—	47·3	2745·3	12·9	9·2	8·8	8·0	10·7	36·10	32·41	29·7
16	leány	—	46·7	2659·3	12·9	9·1	8·7	7·8	11·0	36·01	32·57	29·4
29	összes	—	47	2702·3	12·9	9·15	8·75	7·9	10·85	36·05	32·49	29·5
10	fiú	I. P.	46·9	2664	13	9·17	8·99	8·02	11·06	36·30	32·07	29·62
11	leány	I. P.	46·8	2659	12·9	9·1	8·7	7·9	10·9	35·6	32·8	29·3
21	összes	I. P.	46·85	2661·5	12·95	9·13	8·84	8·01	10·98	35·95	32·5	29·46
3	fiú	M. P.	45	3016·6	12·7	9·4	8·7	7·9	11·0	35·53	32·4	29·9
2	leány	M. P.	47·5	2775	12·9	9·3	8·9	7·9	11·05	35·75	33·1	29·5
5	összes	M. P.	46·25	2895·8	12·8	9·35	8·8	7·9	11·02	35·64	32·25	29·7

Ezen táblázatot szemügyre véve a következőket constatáljuk:

A hossz átlaga 47 cm., súly 2702·3 gm., nagy ferde 12·9, kis ferde 9·1, nagy haránt 8·7, kis haránt 7·8, egyenes 10·85, legnagyobb fejkerület 36·05, a nagy 32·49, a kis fejkerületé 29·5 cm.

A hossz, nagy ferde, nagy haránt, kis haránt, legnagyobb és nagy fejkerület méretei az I. P. nagyobbak, míg a többi méret nevezetesen a súly, kis ferde, egyenes és kis fejkerülete a multiparáknál.

V. *Újszülöttek átlagos méretei a X. hónapban.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Hossz	Súly	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület legn.	Fejkerület nagy	Fejkerület kis
77	fiú	—	49·8	3243·1	13·3	9·5	9·2	8·1	11·4	37·5	33·9	30·5
66	leány	—	50·2	3138·7	13·4	9·5	9·1	8·1	11·4	37·4	33·7	30·7
143	összes	—	50	3190·9	13·35	9·5	9·15	8·1	11·4	37·45	33·8	30·6
45	fiú	I. P.	47·1	3209·3	13·4	9·5	9·1	8·3	11·4	37·4	33·8	30·5
34	leány	I. P.	49·4	2944·4	13·4	9·5	9·2	8·1	11·4	37·5	33·9	30·7
79	összes	I. P.	48·25	3076·8	13·4	9·5	9·15	8·2	11·4	37·45	33·85	30·6
32	fiú	M. P.	50·3	3269·06	13·1	9·6	9·3	8·2	11·2	37·5	34·1	30·7
35	leány	M. P.	49·8	3297·1	13·4	9·5	9·1	8·1	11·4	37·4	33·8	30·3
67	összes	M. P.	50·05	3283·08	13·25	9·55	9·2	8·15	11·3	37·45	33·95	30·5

E táblázatban foglaltakat tekintve, azt látni, hogy a hosszméret 143 eset után 50 cm. Egy másik sorozatban, hol 270 eset szerepelt, a hossz átlag 49·48 cm. Kézmárszky tanár úr 3386 eset kapcsán 49·84 cm.-t talált.

A súlyméreteket tekintve, ezek átlaga 3190·9 gm., illetőleg 3194·1. Kézmárszkynál 3268 gm. Veit fiuknál 3545, lányoknál 3440, Hecker fiukon 3310, lányokon 3230 gm.-ot talált. Schröder 3179, Spiegelberg 3128 gm.-ot talált.

A nagy ferde 13·35 cm., illetőleg 13·60. A kis ferde 9·5—9·61. A nagy haránt 9·15, illetőleg 9·34 cm. 143 illetőleg 270 eset után. Kézmárszky tanár úrnál 903 esete után 8·97. A kis haránt 8·10—8·10 cm. Az egyenes átmérő 11·4 illetőleg 11·54 cm. Kézmárszky tanár úrnál 887 eset kapcsán 11·34 cm.-t.

A legnagyobb fejkerület 37·45—37·42 cm. A nagy fejkerület 33·8—34·35. Kézmárszky tanár úr 2402 esete alkalmával talált 34·36 cm.-t.

Az összes méretek a nagy ferdét és kis harántot méreteket kivéve, legnagyobb méretűek voltak a multiparáknál és főleg fiuknál, a mi Kézmárszky tanár úr észleléseivel is egybevág és ezek után részemről is csak megerősíthetem a szerzők abbeli nézetét, miszerint a M. P. sokkal erőteljesebb magzatokat szülnek, mint az I. P. s nevezetesen fiukat.

Miután a szakirodalomban tudtommal idáig a függelékekről, melyek e hónapokból lettek volna, ilynemű észlelések nem eszközöltettek, saját észleléseimet ezért másokéival nem hasonlíthatom össze és így csak a tényeket constatálom.

A VI. hóból levő lepénynek átlagos súlya 258·3 gm, terjedelme 11·3—12·5 cm. a két szélességi átmérő irányában. A köldökzsinór hossza 35·5 cm.; tapadása az észlelt 4 esetnél excentrikus volt. A I. P. magzatjainak függelékei az összes méreteknél nagyobbak voltak a M. P.-énál.

VI. *A VI. hónap újszülöttjeinek függelékei.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Lepény terjedése	Lepény súlya	Köldök hossza	Köldök tapadása
1	fiú	—	10 —11	200	29	excentr.
3	leány	—	12·6—14	316·6	42	3 excentr.
4	összes	—	11·3—12·5	258·3	35·5	4 excentr.
1	fiú	I. P.	10 —11	200	29	excentr.
2	leány	I. P.	12 —13·5	365	44	2 excentr.
3	összes	I. P.	11·3—12·3	310	39	3 excentr.
1	fiú	M. P.	14 —15	220	38	excentr.
0	leány	M. P.	—	—	—	—
1	összes	M. P.	14 —15	220	38	excentr.

VII. *A VII. hónap újszülöttjeinek függelékei.*

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Lepény terjedése	Lepény súlya	Köldök hossza	Köldök tapadása
1	fiú	—	13 —13	200	40	excentr.
5	leány	—	14·6—16	418	35·6	4 ex. 1 centr.
6	összes	—	13·8—14·5	309	37·8	5 ex. 1 centr.
0	fiú	I. P.	—	—	—	—
2	leány	I. P.	14·5—16	400	33·5	1 ex. 1 centr.
2	összes	I. P.	14·5—16	400	33·5	1 ex. 1 centr.
1	fiú	M. P.	13 —13	200	40	excentr.
3	leány	M. P.	14·6—16	430	40·6	3 excentr.
4	összes	M. P.	13·8—14·5	315	40·3	4 excentr.

A VII. hóbeli lepény súlya 309 gm., két irányban való terjedelme pedig 13·8—14·5 cm. volt. A köldökzsinór hossza 37·8 cm., tapadása r. excentr. r. centralis volt. A I. és M. P. közötti viszonyt nézve itt a M. P. leány magzatjai birták a fölényt.

A VIII. hóbeli lepény súlya 483·2 gm. volt, a 2 átmérőben való terjedelme 15·3—17·75. A köldökzsinór hossza 45·3 cm. és 17 eset közül 13-szor excentr., 3-szor centralis, 1-szer marginalis tapadású volt.

A legsúlyosabb és legszélesebb lepénynyel a M. P. magzatjai birtak; a leghosszabb köldökzsinórral a I. P. birtak.

A VIII. hóbeli magzatok függelékei.

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Lepény terjedése	Lepény súlya	Köldök hossza	Köldök tapadása
9	fiú	—	15·5 —18·5	477·7	45·9	6 exc. 2 centr. 1 marg.
8	leány	—	15·1 —17	488·7	44·7	7 ex. 1 centr.
17	összes	—	15·3 —17·75	483·2	45·3	13 e. 3 c. 1 m.
4	fiú	I. P.	15·19—19	462·5	45·47	1 e. 2 c. 1 m.
7	leány	I. P.	15·1 —16	487·1	49·5	6 ex. 1 centr.
11	összes	I. P.	15·05—17·5	474·8	47·6	7 e. 3 c. 1 m.
4	fiú	M. P.	15·75—18	492·5	44	4 excentr.
2	leány	M. P.	16 —16·5	475	32·5	2 excentr.
6	összes	M. P.	15·8 —17·25	483·7	38·25	6 excentr.

A IX. hóbeli magzatok függelékei.

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Lepény terjedése	Lepény súlya	Köldök hossza	Köldök tapadása
13	fiú	—	16·4—18·8	550	54·6	9 e. 3 c. 1 m.
13	leány	—	16·4—19·3	523	51·2	12 ex. 1 centr.
26	összes	—	16·4—19·05	536·8	52·9	21 e. 4 c. 1 m.
9	fiú	I. P.	16·2—18·2	546·6	50·7	7 ex. 2 centr.
10	leány	I. P.	16·6—19·1	518	51·7	9 ex. 1 centr.
19	összes	I. P.	16·4—18·65	532·3	51·2	16 ex. 3 centr.
8	fiú	M. P.	16·7—19·1	525	59·1	4 e. 3 c. 1 m.
3	leány	M. P.	16 —20·6	623·3	55·6	3 excentr.
11	összes	M. P.	16·3—19·85	574·15	57·35	7 e. 3 c. 1 m.

A IX. hóbeli lepény átlagos súlya 536·8 gm., 2 iránybeli terjedelme 16·4—19·05 cm. Az átlagos köldökzsinór hossz 52·9 cm. volt s tapadását nézve 26 eset közül 21-szer exc., 4-szer centr. s 1 szer margin. volt. Az összes függelék méretek nagyobbak voltak a M. P.-nál, mint a I. P.-nál.

A X. hóbeli magzatok függelékei.

Eset	Nem	I. vagy M. P.	Lepény		Köldök	
			terjedése	súlya	hossza	tapadása
74	fiú	—	17·5 —19·6	608·1	57·5	60 e. 9 c. 5 m.
69	leány	—	15·6 —19·4	576·3	54·7	56 e. 9 c. 4 m.
143	összes	—	16·55—19·5	594·7	56·1	116e.18c.9 m.
41	fiú	I. P.	17 —19	590·2	55·7	36 e. 3 c. 2 m.
28	leány	I. P.	16·6 —19·2	567·8	55	22 e. 3 c. 3 m.
69	összes	I. P.	16·8 —19·1	579	55·35	58 e. 6 c. 5 m.
34	fiú	M. P.	17·8 —20·1	633·2	55·4	28 e. 4 c. 2 m.
40	leány	M. P.	17·2 —19·2	577·25	57·3	34 e. 4 c. 2 m.
74	összes	M. P.	17·5 —19·65	605·2	56·35	62 e. 8 c. 4 m.

A X. hóbeli újszülöttek lepényének átlagos súlya 143 eset után 594·7 gm., illetőleg 268 eset után 596·9 gm., a lepény terjedelme 16·55—19·5 cm., illetőleg 17·3—19·5 cm. A köldökzsinór hossza 56·6—56·8 cm. A köldökzsinór tapadását nézve 143 eset közül 116 volt exc., 18 centr., 9 margin., illetőleg 268 eset %-os kimutatása szerint 83·4% exc., 7% margin., 9·6% centr. tapadás. A legsúlyosabb placentával birtak a M. P. fiú magzatjai. Legszélesebbek voltak egyik irányban a I. P. fiúk, a másik irányban a M. P. fiúk lepényei. Leghosszabb köldökzsinórúak voltak a M. P. leányok.

Ezen észleléseim megegyeznek nagyjában más szerzők, így Spiegelberg, Zweifel stb. észleléseivel.

(Folytatása következik.)

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Symmetrice fellépett gangraena spontanea (senilis, arterio-sclerotica) vagy gangraena symmetrica Raynaud?

(Vége.)

Nézzük most ezeket.

A) A gangraena spontaneát (senilis, arterio-sclerosis) az autorok körülbelül egyértelműleg írják le. Billroth és Winiwarter hires tankönyvükben (Chirurgische Pathologie u. Therapie 1893.) ez alakot mint oly kóralakot írják le, midőn gangraena fejlődik, mint „lefokozott capillaris vérkeringés következménye, mely primaer véralvadást eredményez, mely azután onnét visszafelé az arteriákig terjed". Ez a lefokozódás pedig előidéztetik „1. a szívműködés lefokozott erélye; 2. az ütérfalak megvastagodása és lumenük szükülete; 3. a kis arteriák muscularis degeneratiója által. Némely esetben ezek a viszonyok pedig mind befolynak, a mennyiben öregebb egyéneknél gyenge szívműködés, ütér, szív s aortabetegedések a leggyakoriabbak". Mindez okból Billroth e kórképet „marantikus gangraena"-nak is mondja, mely marasmusból ered. Billroth idesorol (428. lap czitált könyvében) oly eseteket is, midőn egy „végtag nagy része pl. egy egész alszár az ikráig vagy a térdig lesz gangraenás" és ő ez eseteket autochthon falálló (wandständig) thrombus-képződés által magyarázza. Ide tartozik továbbá 3-adszor s legvégül az úgynevezett Billroth-Winiwarter-féle kórkép is (czitált könyv 429. lap), midőn egy 57 éves betegen a Billroth klinikából sok évi rheumásnak tartott fájdalmak után lábujj-, később lábgangraena fejlődött, mely alszárcsonkitást tett szükségessé. A kórszövettani vizsgálat ez esetben angiosclerosis obliterans-t eredményezett.

König elterjedt sebészi tankönyvében (Lehrbuch der speciellen Chirurgie V. Auflage) a gangraena senilist lobos stasisokból, a végüterek lassanként tovaterjedő marasmus okozta thrombosisából származtatja egyrészt, az idetartozó alakok más részét pedig, azaz az úgynevezett Billroth-Winiwarter-féle kórképet így characterizálja: „erőteljes korú egyéneknél, kik gyakrabban hideg befolyásoknak voltak kitéve, hosszú prodromalis tünetek után (hangyamászás, a bör kékes színeződése, peripherikus fájdalmak) a végtagokban képződik egy kis hólyagból kiindulva lassanként tovahaladó gangraena. Leggyakrabban nedves üszök lesz belőle s chronikus sepsis lép fel. Az anatomikus képe „endarteritis obliterans".

Sem Billroth, sem König ugyan nem mondják, hogy ez a fent czitált gangraena senilis mindkét lábon symmetrice is felléphet. Billroth czitált könyvében csak azt írja (427. lap) „der ganze Fuss, auch der Unterschenkel", továbbá (428. lap) „ein ganzer Unterschenkel bis zur Wade, bis zur Kniee". König sem beszél világosan arról, hogy az említett gangraena senilis symmetrice két oldalon is föllépne. Czitált könyvében (779. lap) pedig szól még gangraena symmetricáról a nélkül, hogy ez új név definitióját adná; de végtére fel lehet venni, hogy a gangraena senilis mindkét lábon (vagy talán másutt) symmetrikusan is előfordulhat, annyival is inkább, a mennyiben alant felsorolandó szerzők kizárják a gangraena symmetrica Raynaud kórképéből az oly symmetrice fellépő gangraenákat, melyek vérkeringési zavarok, arterio-sclerosis stb. folytán keletkeznek s így tehát el kell ismernünk, hogy gangraena senilis is előfordulhat részarányosan, bár ez valószinűleg egyike a legnagyobb ritkaságoknak. Magam emlékszem egynéhány gangraena senilis esetre tanuló koromból Lumniczer és Kovács tanárok klinikájából, valamint magángyakorlatomban is azóta 5—6 esetre, de ezek egyikénél sem volt részarányosan kétoldali gangraena, de még egyáltalában oly nagy fokú gangraena sem, mint az általam most leirt esetben.

Ziegler (Lehrbuch d. pathologischen Anatomie IV. Aufl. 85) szerint a gangraena senilis aggoknál vagy incompenzált szívbajokban szenvedő egyéneknél csekély trauma után mint végtagnecrosis lép fel, ő ezt hiányos circulatióból, marasmusból magyarázza.

Ha most mindezeket egybevetjük, kórképünk csakugyan sok tekintetben hasonlit a most tárgyalt alakhoz, különösen a Billroth-Winiwarter-féle alfajához; de az a feltünően foudroyant fellépés, az előrement phlegmone és infectio, az egyén typikus neuropathikus constitutiója, továbbá a gangraenát megelőzött collapsussal járó tünetcsoport, mely sok tekintetben igen hasonlít a Nothnagel által leirt neurasthenia cordis vasomotoriához, és utolsó sorban a gangraena részarányossága, mely egyszerü gangraena senilisnél minden esetre, mint fentebb kifejtettük, igen nagy ritkaság, mégis késztet, hogy a többi kétoldali gangraenákat okozó bántalmakat is megfigyelés tárgyává tegyük s a mennyiben már előbb az ide tartozó gerinczagyi, alkati bajokat és intoxicatiókat kizártuk, a már fent jelzett „gangraena symmetrica Raynaud" marad csak hátra.

B) „Gangraena symmetrica Raynaud"-betegség neve alatt sok mindenfélét foglaltak egybe. Nem lehet szándékomban itt e kórképpel tüzetesen és kimerítően foglalkozni, csak a legszükségesebbre szorítkozom, nevezetesen az e tárgyról írt legkitünőbb, nekem hozzáférhető monographiákra.

Weiss M. (Diagnostisches Lexicon von Bum és Schnirer) gangraena symmetrica alatt egy valószinűleg a vasomotorikus centrumok bántalmán alapuló tünetcsoportot ért rohamszerüen fellépő sensibilis, vasomotorius és trophikus zavarokkal, melyek symmetrice lépnek fel a kétoldali kéz- vagy lábujjakon. Szerinte főleg hysterikus és neuropathikus egyéneknél fordul elő és előremenő, kimerítő betegség okozhatja. Egyes rohamokat psychikus alteratio, szívdobogás, álmatlanság és egyéb nervosus tünetek előznek meg, erre azután maga a részarányos üszök lép fel: 1. mint regionaer ischaemia, 2. mint regionaer cyanosis, 3. mint regionaer rubor. Ha nagyobb részek halnak el, nedves üszökként jelentkezik.

Kornfeld (Wiener Medicinische Presse 1892. évfolyam) szerint a gangraena symmetrica tiszta trophoneurosis. A localis syncope, regionaer cyanosis és regionaer rubor szerinte vasomotorikus eredetű rokonbántalmak; ajánlja a „gangraena sym-

metrica“ alatt a tiszta trophoneurotikus alapon fellépő részarányos gangraenákat összefoglalni, míg oly eseteket, hol az említett vasomotorikus zavarok is vannak, a bővebb „Raynaud-féle betegség“ kórképéhez rubrikálja. A „Raynaud-féle kór“-ból azonban minden mást, mint vasomotorikus alapon fellépő s esetleg részarányos gangraenákat kizárni vél. Kornfeld szerint tehát a „gangraena symmetrica“ a Raynaud-féle kórkép egy specialis alakja s a két elnevezés nem synonym-fogalom, mint Weissnál.

A többi kezemben levő kézikönyv meglehetősen mostohán bánik a „gangraena symmetrica“-val. Purjesz (Belgyógyászat tankönyve 1885. 884. lap) a trophoneurosisokhoz sorolja s 5 sorban végez vele. Ép oly mostohán bánik a kóralakkal a máskülönben annyira kitünő Eulenburg-féle „Real-Encyclopoedie d. gesammten Heilkunde“ (3. Auflage), mely külön czikket sem szentel neki, hanem Samuel leírásában közli a „Brand“ rubrika alatt s némileg ellentétben fenti autorokkal elmondja, hogy különösen chlorotikus és nervosus egyéneknél fordul elő a peripherikus részeken anaesthesia és jéghidegség mellett savós-genyes folyadékkal telt hólyagok alakjában, melyek kis fehér kemény hegeket hagynak hátra (?); ha az ischaemia tovább tartott, mumificatio lesz s a köröm, phalanx egy része lehull. Elmondja azonban, hogy ezen gangraenát „hónapokon keresztül a megfelelő tagok vérkeringési zavarai előzik meg“.

Billroth szerint is (czitált könyve 431. lap) ilynemü betegeknél ájuldozások, agyanaemiák, nagy gyengeség fordul elő s többnyire neuropathikusok.

Ha az általam észlelt esetet figyelemmel kisérjük, meglepő sok hasonlatosságot találunk közte s Weiss M. „gangraena symmetrica“-ja, valamint Kornfeld bővebb értelemben vett „Raynaud-féle betegsége“ közt. Úgy a neuropathikus alkat, az előrement nagy gyengeség, valamint a collapsussal, ájuldozással járó tünetcsoport, melyet mint fentebb említém, hajlandó vagyok „szívneurosisnak“ venni, meglepő sok analogiát talál különösen a Weiss M. által classikusan leírt kórképben.

Ha már most fejtegetésünkben idáig jutottunk, következnek most a differentialis diagnosis a Billroth-Winiwarter-féle alak s a „gangraena symmetrica Raynaud“ közt. Megvallom, ha teljesen lelkiismeretesen akarok eljárni, lehetetlen határozott diagnosist tennem. Betegem előrehaladt kora, melynél egész határozottan, daczára a hiányzó physikalis tüneteknek, endarteritist kizárni nem lehet, az előrement hasogató végtagfájdalmak, a bekövetkezett gangraena sokban hasonlít a Billroth-Winiwarter-féle alakhoz; de igen foudroyant a baj fellépte (a gangraenát értem), hiányzott minden physikailag kimutatható nagyobb fokú arterio-sclerosisra mutató tünet és végezetül fellépett részarányosan, a mi ez alaknál bizonyára szerfölött ritka. A mi a Weiss M. által oly classice leírt Raynaud-féle gangraena symmetricá-t illeti, a kóralakból megvolt esetemben a neuropathikus dispositio, az előrement kimerítő betegség, a rohamot megelőző psychikus alteratio, szívdobogás, álmatlanság s végezetül a részarányosan jelentkező gangraena. Kórbonczolatot, illetve kórszövettani vizsgálatot nem végeztem (a hozzátartozók hallani sem akartak ilyesféléről), de differentialis diagnostikai tekintetben még a megejtett ilynemü vizsgálat sem határozhatott volna. Legújabban ugyanis Fränkl Sándortól figyelemre méltó czikk közöltetett a „Wiener klinische Wochenschrift“ 1896. február 27-diki számában. Fränkl a bécsi kórboncz- és szövettani intézetben végzett kórbonczi és kórszövettani vizsgálatai s buvárlatai alapján azon eredményre jut, hogy egyrészt a gangraena spontaneánál mindig degenerativ folyamatok vannak az idegekben: az idegek megvastagodottak, a kötőszövet túlképződött. Másrészt azon eredményre jut, hogy mindazon idegbajok, melyek az úgynevezett trophikus zavarokhoz vezetnek, mind angiosclerosissal folynak le.

Nézetem szerint vannak átmeneti alakok a gangraena spontanea s a „gangraena symmetrica Raynaud“ közt; oly alakok, midőn teljesen különválasztani e két kórképet nem lehet s gondolom, az én esetem ez átmeneti alakok keretébe tartozik.

Hausner József dr.,
körorvos Magyar-Mecskén.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

(Folytatás.)

1896-diki év deczemberi szakülés.

1. **Konrád Márk** dr. **Méhrepedés** (ruptura uteri), **fürtös üszög** (mola hydatosa) és **lipoma** kórbonczi készítményeit mutatja be.

I. **Méhrepedés.** Előadó, minthogy a méhrepedés therapiája már ismételve tárgyalva volt az egylet szakülésein, jelenleg a méhrepedés egy esete kapcsán, röviden a méhrepedés prophylaxisával óhajt foglalkozni. Örvendetesnek tartja, hogy az utolsó években a méhrepedés therapiájában s prophylaxisában egyaránt nagy és jelentőségteljes haladás történt.

A szülési mechanismus alatt fenyegető méhrepedés felismerése nem nehéz behatóbb vizsgálat mellett.

Minden szülésnél a méh alsó része s a méhnyak tetemes tágítást szenved, mely tágítás akkor szünik meg, ha a tökéletesen kitágított méhszájon keresztül hatolt az előlfekvő nagy magzatrész (koponya) a hüvelybe. A szülési mechanismusnál tehát a méh egyik része activ, összehúzódik, s erőt fejt ki a magzat kitolásánál; a másik, alsó résznek, valamint a méhnyaknak passiv szerep jut, t. i. ki lesz tágítva.

A méh *activ* és *passiv* része közt képezi a határt az összehúzódási gyűrű (Contractionsring). Rendes tágulási viszonyok mellett ezen összehúzódási gyűrű mint egy harántbarázda tapintható ki 2—3 harántujjnyira a symphysis fölött s ez képezi a *forgó pontot* a méhrepedés prophylaxisában. Minél magasabbra emelkedik az összehúzódási gyűrű a köldökhöz, annál inkább kell a méh alsó részének, valamint a méhnyaknak nagyobbfokú tágítására, feszülésére gondolni. Ilyen esetekben az összehúzódási gyűrűn alul, a megvékonyodott méhfalon keresztül úgy tapintható ki az előlfekvő magzatrész, mintha közvetlenül a hasfal alatt feküdnék. A gyűrű fölött fekvő méhtest pedig vastag, tömött és ezen keresztül nem tapintható ki magzatrész.

Azonban a feszülési, tágulási viszony tökéletes megitéléséhez gondosan számba veendő a *méhfenék*, a *külső méhszáj*, valamint az előlfekvő magzatrész állása.

Magasan álló összehúzódási gyűrű mellett, annál nagyobb a méh alsó részének feszülése, megvékonyodása, minél mélyebben áll a külső méhszáj.

Ennek oka a merev külső méhszáj, a méhnyak (heg, rákos elfajulás, myoma) vagy a külső méhszáj, a méhnyak beékelése a medenczébe s az előlfekvő magzat közti térbeli aránytalanság. Ily módon történik nagyfokú tágitás s repedés a méh alsó részében. Szük medenczénél, nagy magzatnál, arczfekvésnél, haránfekvésnél, ha a szülés kellő időben be nem lesz fejezve. A méhrepedés az említett szülési mechanismus mellett leggyakrabban többször szülőknél történik, mivel az előrement szüléseknél már ki lett tágítva a méh alsó része s így már csekélyebb újabb tágítás vezethet méhrepedéshez. Először szülőknél a méh szövete sokkal ellentállóbb.

A méhrepedés esete következő:

B. L. 33 éves, többször szülő, 1896. október 26-dikán d. e. 7 órakor hozatott be a bábaképezdébe.

Előző szülések rendesek, kivéve a negyedik, melynél orvos fejezte be a szülést, közelebbi adatokat csekély értelmisége miatt nem tud adni.

A szülfájdalmak 9 nap előtt, vagyis október 17-dikén déli 12 órakor kezdődtek s ugyanazon napon az esti órákban megrepedt a burok. Október 20-dikán reggel a fájdalmak teljesen megszüntek s ekkor bő vérzést kapott. A szülés hosszas tartama miatt orvost hivtak, ki többszörös kisérlet után sem tudván befejezni a szülést, az intézetbe való behozatalát ajánlotta, a hova kocsin beszállítva lőn 1896. október 26-dikán.

Felvételkor a szülőnő igen elesett, pulsus fonalszerű, igen szapora, hőmérsék 36·8°.

Has puffadt tapintású, érzékeny, nyomásra a bőr serczegést mutat. A magzatrészek a hasfalon keresztül feltünő jól kitapinthatók.

Külső vizsgálatnál a magzat fejét a has baloldalában, farát jobb felé, hátát a gerinczoszlop felé, apró részeit mellfelé találtuk. Szívhangok nem hallhatók.

Belső vizsgálatnál a méhnyak mellső falát teljesen átszakadva találtuk, úgy hogy a szakadáson át a húgyhólyagig lehetett érni. A szülcsatornából igen bűzös gázok áramlanak ki. Az előlfekvő rész igen magasan tapintható ki és a balkezet értük el.

Javalva lévén a szülés művi befejezése, chloroform-narcosisban lábrafordítást és extractiót végeztünk.

A magzat legnagyobb mérvben el volt rothadva.

A szülep 15 percz mulva kis nyomásra méhi felülettel távozott.

A szülés befejezése után bő méhüri hüvelyirrigatiót végeztünk 2%-os lysol-oldattal. A szakadás helyét jól kitömtük jodoform-gaze-zel és a hasfalakon át kötéssel rögzítettük a méhet.

A műtét után nagyfokú elesettség miatt aether-injectiót kapott subcutan és felébredése után theát cognakkal.

A gyermekágyban hőemelkedés nem volt, a második napon vizeletcsurgás mutatkozott. A gyermekágy nyolczadik napján a beteg saját s férje határozott kivánatára, ellenzésünk daczára az intézetből távozott, további gyógykezelését az intézeten kivül folytatandó.

II. Előadó egy 2½ súlyú fürtös üszög (mola hydatosa) egy példányát mutatja be.

Az eset a következő: G. M. 28 éves, ötödször szülő, vidékről lőn a bábaképezdébe hozva 1896. november 5-dikén. Előrement négy szülése rendesen folyt le. Öt hét óta időnkint kisebb-nagyobb vérzései voltak, melyek felvételekor tökéletesen szünecteltek. A beteg feltünően sápadt, vértelen. Az arcz, az alsó végtagok, a kéztők, a nagy szeméremajkak vizenyősen duzzadtak. A méhfenék a köldök fölött három haránt-ujjnyira tapintható, a méh feszes, magzatrészek nem tapinthatók a hasfalon át. Szívhangok nem hallhatók. A hüvely sápadt, felpuhult. A méhnyak puha átjárható. A légzési és vérkeringési szervek épek. A vizeletben igen sok fehérnye és hyalin-hengerek találhatók.

A terhes gondos ellenőrzés mellett folytonosan ágyban lőn tartva s erősítő, különösen tejkúrára fogva. Közérzet egy kissé javult, de azért folytonosan nagy erőtlenségről panaszkodott.

November 15-dikén d. u. 2 órakor szülfájdalmakat kap és igen csekély vérzést. Colpeurynthert alkalmaztunk. 4 órakor a fájdalmak azt kitolják s utána eltávozik egy tömegben egy 2½ kilogramm súlyú *mola hydatosa*.

A kevés, még visszamaradott részt könnyűséggel azonnal eltávolítottuk. Vérzés az összes idő alatt alig volt 100—150 gramm és mégis a méh gyors kiürülése folytán rohamosan állottak be a heveny anaemia tünetei, a szív elégtelenségével, úgy hogy daczára az 5 aether-injectiónak, meleggel való betakarásnak, autotransfusiónak, a szülés után ½ órára beállott a halál.

November 16-dikán. A hulla boncolásánál nagyfokú anaemiát találtunk a szervekben, a szív zsírosan volt elfajulva. A vesékben chronikus parenchymatosus lob volt constatálható.

III. **Lipoma a nagy szeméremajkon.** Özv. V. Á.-né, 46 éves, nullipara felvétetett a bábaképezde nőgyógyászati osztályán 1896-dik évi október 16-dikán.

A jobboldali nagy szeméremajkon a bőr erősen meg van nyujtva és mint egy kocsányon, ökölnyi nagyságú, élesen körülhatárolt, puha tapintatú terimenagyobbodás van, mely fölött a kopogtatási hang tompa. Az újképlet nem folytatódik felfelé az inguinalis tájig.

A beteg 16 év óta észleli magán e bajt, mely lassan nőtt. Orvosai állítólag sérvnek tartották, mely ellen sérvkötőket is használt sikertelenül. Tekintve azonban az újképlet puha tapintatát s a tompa kopogtatási hangot és hogy az újképlet nem volt mozgatható felfelé az inguinalis táj felé, a hol sérvkapunak nyoma sem volt, kétségtelen volt, hogy a terimenagyobbodást egy *lipoma* okozza: Lipoma labii maioris dextri.

Október 20-dikán a szőrös fandomb előzetes leborotválása után narcosis alatt lőn a műtét eszközölve: A jobb nagy szeméremajk belső felületén körülbelül 12 cm. hosszú metszés lőn ejtve s a lipoma tompán kiválasztva egy tömegben. A nagy tömeg eltávolítása után kiderült, hogy a lipoma keskeny nyujtványnyal a fandombig folytatódik. A metszés azért a fandomb felé meg lőn hosszabbítva s ezen keskeny nyujtvány tökéletes eltávolítása után a tetemesen megnyult és túltengett nagy szeméremajknak körülbelül ⅓-át resecáltuk s a sebszéleket 14 varrattal egyesítettük.

A seb per primam gyógyult és a beteg november hó 6-dikán gyógyulva hagyta el az intézetet.

Az eszmecserében *Révész*, *Nemes*, *Grósz Menyhért* és *előadó* vesznek részt.

2. **Grósz Albert** dr. **az államorvostan fontosságáról** értekezik, s kivánatosnak jelzi a rendőri és törvényszéki orvosi intézménynek kellő fejlesztését s anyagi helyzetének sanálását.

3. **Révész Vilmos** dr. „**A gyermekkorban szerzett aphasia két esete**“ czímmel következő előadást tartja:

A gyermekkorban szerzett „aphasia“ 2 esetét volt alkalmam a kórházban észlelni.

A test betegségei gyermekkorban sok tekintetben mutatnak eltérést a felnőttekéitől. Más lefolyást nyernek a szellemi működések zavarai és más törvényeknek vannak alávetve, mint a későbbi időben.

A fejlődésben lévő organismus könnyebben reagál az ártalmas tényezőkre, vagyis könnyebben betegszik meg, mint a felnőtté, könnyebben is győzi le annak következményeit, mint a felnőtté s inkább áll helyre a restitutio ad integrum, mint egy már a növésben befejezett organismusban.

Nem szándékom az aphasiával általában bővebben foglalkozni, csak megjegyezni vagyok bátor, hogy mindkét esetben az aphasia okát úgy az elmélet, mint megészlelésem alapján nem tartom olyannak, mely az agy organikus sérülésével lett volna összekötve.

A két kórtörténet a következő:

Nemes Imre 11 éves fiúgyermek felvétetett a biharmegyei közkórház belbeteg osztályára 1896-dik évi október 28-dikán.

Állítólag felvétele előtt 5 hét óta lázas, s felvétele előtt 4 héttel vesztette el beszélőképességét.

Jelen állapot: A korához képest elég jólfejlett fiúgyermek erősen lesoványodott, arcza beesett, halvány, nyelv bevont, szélei tiszták. Mellkasi szervekben eltérés nem mutatható ki. Has mérsékelten behuzódott, kopogtatási hang mindenütt dobos. Lép nem tapintható. A bal tomporon és segpofán tallérnyi decubitus. Járni, beszélni nem tud. A hozzáintézett kérdéseket csak részben érti meg, arra felelni nem képes, e helyett borzasztó sírásra fakad. Néha elsír ilyen módon éjjel-nappal. Úgy felső, mint alsó végtagjait mozgatja, patellar reflex élénknek mondható. A nyujtott ételeket mohón eszi. Vizeletét és ürülékét maga alá ereszti, előbbit e miatt nem lehetett megvizsgálni. Csekély, a 38·6 C°-ot meg nem haladó hőemelkedései vannak, de a decubitus rendes kezelése mellett csakhamar megszüntek.

Október 31-dikén. Étvágya fokozott, ennek sírással ad kifejezést. A kérdéseket már inkább látszik megérteni, de felelni nem tud.

November 7-dikén. Beteg megszólalt és elsőbben enni kért. Csak az ételek neveit ejti ki, s azokat többszörösen ismétli, pl. pecsenye, kenyér 15—26-szor. Bármilyen szót, ha hall, ismétli.

November 12-dikén. Mások által elmondott szavakat ismétli, különösen az ételekre vonatkozókat, mindaddig, míg sírásra fakad. Úgy a hozzáintézett kérdéseket, mint fenyegető szókat ismétli, míg más szóba nem kap.

November 22-dikén. Decubitus hámmal vonódik be, kevesebbet sír, a szavakat már nem ismétli; felelete értelmes, a „mi atyánk“-ot nyugodtan, kis fennakadással elmondja.

November 28-dikán. Beteg magától felül, 29-dikén már járkál a szobában és haza kivánkozik.

A 2-dik eset a következő:

Stornistyer Jakab, 16 éves, famunkás, felvétetett 1896-dik évi november 1-én.

Eszméletlen állapotban hozták be. Állítólag 3 nappal előbb nagyobb terhet emelt, a mely időtől kezdve teljesen szótlan lett. Ételt sem vett azóta magához.

Jelen állapot: Korához képest jól fejlett és táplált fiú, elég erős csont- és izomrendszerrel bir. Látható nyákhártyák kissé halványak. Zsírpárnája nincs megfogyva. Pupillák középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Mellkasi szervekben eltérés nincs. Has, valamint gyomortáj erősen puffadt, mindenütt magas, dobos kopogtatási hangot ad. Hűdési tünetek hiányzanak. Beteg nem beszél, s az anyanyelvén hozzáintézett kérdéseket nem érti meg, csak mereven tekint. Vizeletét és ürülékét maga alá bocsátja.

November 4-dikén. Beteg beszélni kezd, gyomrát fájlalja.

November 5-dikén. Magától felkel, jár, a hozzáintézett kérdésekre a mennyire a nyelvnehézségek lehetővé teszik, értelmes feleletet ad.

Tisztelt szakülés! Az első esetben, tekintve, hogy az előzményben előadottak szerint 5 hétig lázas beteg volt, továbbá a jelen lesoványodott állapotot és a decubitust, valószinű, hogy nála egy typhus abdominalis folyt le. Állítólag, míg a kórházba nem hozatott, orvos nem gyógykezelte. A mi pedig most előttünk van, az egy complet aphasia.

A fertőző betegségek közül névszerint a typhus abdominalis az, melynek lefolyása alatt, de gyakrabban még a betegség lefolyása után szokott gyermekeknél aphasia fellépni.

Clarus 12 esetet gyüjtött, ezek közt 10 fiú 8—11 éves korban.

Az mondatik, hogy a typhus után fellépett aphasia rövid idő alatt gyógyul, a mennyiben az agyban organikus elváltozások fenn nem forognak.

Henoch 8—14 napra, *Clarus* 3 hétre teszi a gyógyulási időt. *Trousseau* közöl egy esetet, egy 13 éves fiúnál, kinél az üdülés alatt fejlődött ki a complet aphasia, 5 nap után beszéde ismét megjött.

Egy halálosan végződött aphasia esetében typhus után nem találtak góczot az agyban, miből kifolyólag *Clarus* azt vérkeringési zavarra vezeti vissza, mely a beszéd regióban könnyen felszivódható izzadmányt hozott létre.

Mivel azonban a typhus abdominalis majd minden esetében szenvedni szokott az emlékező tehetség, másrészt pedig, mivel a typhus után fellépett aphasia eseteiben egyidejűleg hűdések nem állottak fent, úgy igen valószinűnek tartatik, hogy ezen aphasiák a megzavart emlékező tehetségtől vannak feltételezve.

A rendelkezésemre állott irodalomban úgy találtam, hogy *Clarus* által, mint leghosszabb idő, mely alatt az aphasia gyógyul, 3 hét van felhozva; úgy ezen esetben, ha az apa kimondásának hitelt lehet adni, az aphasia tovább tartott 5 hétnél.

A 2. esetben az aphasiát nem előzte meg infectiosus betegség, hanem egy nagyobb teher emelése alatt veszitette el eszméletét és beszélőképességét. Tehát ebben az esetben talán trauma volt az aphasia előidézője.

Organikus sérülésre gondolni nem lehet, miután hűdési tünetek nem voltak jelen, s mint a lefolyás mutatja, behozatala után az 5-dik napon egyszerre magától felkelt s járt a szobában.

De mint az irodalom adatai tanusitják, helytelen volna hinni, hogy a traumák után fellépett aphasia mindenkor a beszéd centrumnak a sérülésével járna.

Tudjuk nagyon jól, hogy némely esetben ez idézi elő az aphasiát, mig más esetben gyengült emlékező tehetség lesz következménye egy commotio cerebrinek.

A gyermekkorban többnyire heveny fertőző betegségek után szokott agyvérömleny fellépni s ennek megfelelőleg aphasia is. Azonban nem minden fertőző betegség után fellépett aphasia vezethető vissza vérömlenyre, mert lehet az functionalis természetű is. Csak ha hűdés mutatkozik, jogosult az agyvérömleny felvétele.

A láz okozhatja az emlékező tehetség gyengülését vagy az idegrendszernek más alteratióját, melyek hosszabb vagy rövidebb tartamú aphasiát okoznak gyermekeknél.

Azt hiszem *tisztelt szakülés!* hogy mindkét előadott esetemben — egyiknél infectiósus betegség, másiknál trauma után lépett fel — az aphasia a fentiek alapján nem agyvérömleny által feltételezett, hanem az idegrendszer functionalis rovására, az emlékező tehetség meggyengülésére vezethető vissza.

A vérömleny után fellépett gyermekkori aphasia prognosisa jónak mondható, sőt ha a baloldali beszédcentrum nagyobb terjedelemben szétroncsoltatik is, helyre jöhet a beszéd, miután a jobboldali félteke veszi át a functiót. A beszédizmoknak állandó hüdése azonban a beszélést nagy mértékben akadályozza.

Előadás után *Edelmann* dr. felemliti, miszerint az elmult nyáron egy 5—6 éves fiucskát kezelt typhusban, a ki teljesen elnémult. Ez esetet ő is aphasiának tartja.

Grósz Menyhért dr. szintén észlelt hasonló eseteket, ezeket azonban nem hajlandó aphasiának nevezni, inkább az agy toxikus táplálkozási zavarából eredetteknek tartja. Az előadó által ismertetett traumás esetnél nem tartja teljesen kizártnak a hysterikus kórszármazást s épen azért nélkülözi a láttéri vizsgálatok, valamint az érzési kör kimerítő leletének ismertetését.

Papp Oszkár dr. ezredorvos egy diphtheriás eseténél észlelt aphasiát. Ezt ő a liquor cerebrospinalis megfogyott phosphor-tartalmának tulajdonitja. Ennek alapján a typhusnál, a toxikus hatás folytán, meg tudná magyarázni az aphasia létrejöttét, de már a traumatikus esetnél épen nem.

Berkovits Miklós dr. az első esetet nem tartja aphasiának abban az értelemben, a miként az aphasia lényegét a neuropathologia tanitja. A traumatikus esetnek magyarázatát ő sem tudja nyujtani, nem tartja kizártnak, hogy embolikus kórszármazás eshetősége is fennforoghat.

Előadó reflectálva a felhozott észrevételekre, eredeti kórjelzéséhez ragaszkodik.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Karl Grube: Allgemeine und specielle Balneotherapie mit Berücksichtigung der Klimatotherapie. Berlin, 1897. Verlag von August Hirschwald.

Az előttünk fekvő könyv egy jó és egy rossz részre osztható. Jónak mondható az általános rész, melyben a balneo- és klimatotherapia fő tanait tárgyalja szerző lehető röviden, de minden lényegesre kiterjeszkedve. Az 1. fejezetben a víz és klima physiologikus és therapeutikus hatásáról szól; a 2. fejezet a különböző ásványvizek physiologikus és therapeutikus befolyásával foglalkozik; a 3. fejezet a fürdő-, tej- és szőlő-curákat tárgyalja; a 4. fejezet az utócuráról, az átmeneti állomásokról és a téli gyógyitóhelyekről mondja el a szükséges mondanivalókat, végül az 5. fejezet a különböző betegségek balneo- és klimatotherapiáját adja elő fővonásokban. Mindezen fejezetekben határozott egyéniség, a gyakorlati élet követelményeinek ismerete, józan felfogás tükröződnek vissza. A második rész azonban, mely az egyes fontosabb gyógyitóhelyeknek leirását volna hivatva adni, nagyon felületes, különösen a nem németországi helyeket illetőleg. A magyar fürdők közül alig egy fél tuczat talált említést (hiányzik pl. Tátrafüred is; „Neu-Schmecks" szerző szerint Galicziában van stb.). Szerzőnek az előszóban említett, határozottan üdvös szándéka, hogy a gyógyitóhelyek leirásánál a hygienikus viszonyokra, az ivóvízzel ellátásra, a csatornázásra súlyt kiván fektetni, nem igen nyert megvalósitást; csak helylyel-közzel találunk ugyanis erre vonatkozólag feljegyzéseket. Mindent összevetve azonban, a könyvet mégis ajánlhatjuk gyakorló orvosoknak, mert rövidsége miatt könnyű szerrel szerezhetik meg belőle az általános balneo- és klimatotherapia ismeretét, mely ismeret alapján azután képesek lesznek a fürdőprospectusok sokat igérő szavainak értelmét a kellő értékre leszállitani.

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

A kankós általános fertőzésnek kérdéséhez czimen *Ahman* igen érdekes közleményt tesz közzé, melyben a már felvett hypothesishez, hogy a gonococcus a vérben kering és ezen úton metastasisképen előidézheti az izületi, izom- és ínlobot, bizonyító adatokkal hozzájárul. Alkalma volt következő esetet észlelni: Egy 22 éves fiatal embernél, kinek gonorrhoeája néhány hó óta állott fenn, ehhez metastatikus általános fertőzés társult a jobb váll, kéztő és a kézujjak izületeiben lobos duzzanatok alakjában, a vizeletben fehérnye és cylinderek voltak kimutathatók. A bal musculus tibialis antic. inhüvelyében lobos ömleny, melynek punctio útján nyert izzadmányában úgy górcsövileg, mint tenyészetileg gonococcusok voltak kimutathatók. Szerzőnek egyszersmind sikerült többszöri kisérlet után beteg véréből, melyet egy kari venából kiszivattyúzott, typikus gonococcusokat kitenyészteni. Hogy az előbbi kisérletek nem sikerültek, arra véli visszavezethetni, hogy nem egy csepp, hanem nagyobb mennyiségü vért kent a tenyésztési talajra. Hogy ezen diplococcusok igaz voltát a bacteriologiának még azon postulatumával is bizonyitsa, mely az egyénre való sikeres átoltást kivánja, a tisztán tenyésztett kulturákból egy másik fiatal embernek húgycsövébe is oltatott. Ezen oltásnak eredménye a kisérletezőre nézve igen meglepő volt, a beoltott egyénre nézve majdnem végzetessé vált. Mert nemcsak hogy a húgycsőben typikus gonorrhoeás folyamat kifejlődött, hanem ezen egyénnél is mint az előbbinél súlyos általános fertőzési tünetek léptek fel és pedig hasonlóképen inhüvely- és izületlobok, melyeknek lobtermékeiben hasonlóképen górcsövileg és tenyészetileg typikus gonococcusok voltak kimutathatók. Már Wertheim kimutatta a gonococcus-invasiónak útját a vérkeringésbe és pedig egy 9 éves gyermeknél, ki vulvovaginitisben és heveny cystisben szenvedett. A hólyagfalból kivágott kis szövetrészletben a visszeres hajszálerek számos thrombophlebitist képeztek, melyek typikus gonococcusokat tartalmaztak. Szerzőnek ezen két esete bizonyitja, hogy ma már teljes jogosultsággal mondhatjuk ki, hogy a gonococcus általános fertőzést idézhet elő, ez pedig legnagyobb valószinüséggel úgy történik, hogy a capillaris venathrombusok a vérkeringésbe jutva a legtávolabb eső testrészekben újabb lobos góczokat idézhetnek elő. (Archiv f. Dermat. u. Syph. Bd. XXXIX. Heft 3.)

Aschner Arthur dr.

Belgyógyászat.

A diabetikusok vére meleg alkalikus methylenkék-oldatot sokkal erősebben színtelenít, mint az egészséges vér vagy más betegségben szenvedők vére. A vérvizsgálat módja *Williamson* szerint következő: Kémcsőbe 40 köbcentimeter vizet teszünk; most tüvel megszúrjuk az ujjhegyet és a Gowers-féle haemoglobinometer capillar-csövecskéje segélyével 20 köbmillimeter vért véve, ezt a vízhez keverjük, melyhez még 1 köbcentimeter vizes methylenkék-oldatot (1 : 6000) és 40 köbmillimeter kalilugot (a British Pharmacopoeia „Liquor potassae"-je 1058 fajsúlylyal, mely körülbelül 6%-os oldatnak felel meg) teszünk. Összehasonlitás kedvéért ugyanezt a processust nem diabetikus vérrel is megteszszük egy másik kémcsőben s most mindkét kémcsövet rázás nélkül forró vizet tartalmazó vízfürdőbe állitjuk 3—4 perczre. A diabetikus vért tartalmazó kémcsőben a folyadék ilyenkor elszintelenedett, sárgává vált, míg a nem diabetikus vért tartalmazó kémcső folyadéka megtartotta színét. (Centralblatt für innere Medicin, 1897. 33. sz.)

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Sclerodermia** két esetében *Philippson* jó eredményeket látott a salol huzamos belső használatától; a szert 2—4 grammos napi adagokban adta, a nélkül, hogy az emésztő szervek részéről valami kedvezőtlen hatás mutatkozott volna. (Sem. méd. 1897. 38. sz.)

2. **Tüdővészesek pityriasis versicolor-ja** ellen *Blumenfeld* szerint jó eredménynyel jár a következő kenőcs használata: Rp. Resorcini 4·0; Acidi salicylici 2·5; Lanolini anhydrici, Adip. suilli aa 20·0. M. fiat unguentum. Este a kóros helyekre kenendő és reggel 1 : 5000 sublimat-oldattal lemosandó. (Blumenfeld: Spec. Diätetik und Hygiene des Lungen- und Kehlkopf-Schwindsüchtigen. Berlin, 1897. Verlag von A. Hirschwald.)

3. **Mastitis** ellen jó eredménynyel használja *Tarnier* a borogatásokat következő oldattal: Glycerini 2·0; Aqu. destill. steril. 200·0; Spir. vini rectific. 50·0; Hydrargyri bijodati 0·12—0·25; Kalii jodati 0·30. (Practitioner, 1897. augusztus.)

TÁRCZA.

A XII. nemzetközi orvosi congressus Moszkvában.

III.

Moszkva város. A congressus külseje. A nagygyülések. Általános viszonyok. Mecenások és klinikák. A moszkvai emlékdij. Nemes szívű társadalom. Tanügyi viszonyok. Orvosi praxis. A pétervári experim. intézet. Reflexiók.

Moszkva város hygienikus szempontból sok kifogás alá esik. Szép széles utczái vannak ugyan, melyeket néhol kertek szegélyeznek, a házai is többnyire földszintesek, gyára sincs sok, mely a város levegőjét, vizét, talaját mételyezné, azonban mindezen előnyök egy nagy hátránynyal állanak szemben: a város roppant kiterjedésével, melylyel megbirkózni a hatóság nem képes. Legnagyobb részén nincs csatornázás; vízvezetéket csak a belváros kap; a kövezet irtózatos; az utczákat nem söprik, nem locsolják, a parkok és üdülő helyek elérhetetlen távolságban vannak, s a klinikákig egy óráig kell gyalogolni. Az egész város egy arid homoksikságon épült, izzó katlan nyáron, melyen valóságos *szá-mumok* rohannak végig, felperzselve a kerteket és eltikkasztva a népet. Télen ellenben, a mint hallom, Moszkva a legkellemesebb helyek egyike, mert tükörsima, tiszta utak képződnek, a melyeken a falvakról beözönlő, dologtalan parasztok néhány kopekért órákig szánkáztatják az embereket.

Ebben a milieuben volt a congressus. Legyünk őszinték. Az a bizonyos lelkesült, emelkedett szellem, mely a magas niveaujú gyüléseket jellemezni szokta, itt jóformán hiányzott. Mindenki a város érdekességeit nézte, kirándult, sürgött-forgott az ingyenjegyek bureauiban, este mulatott a számos bálok valamelyikében, de a komoly, tudományos eszmecserék a szakületeken, a magas röptű, lelkesítő, popularis és mégis magvas nagy előadások az általános üléseken bizony ritkák voltak.

Vegyük ehhez, hogy a legtöbb tagra nézve az orosz nyelv nem ismerete folytonos bosszúságok kútforrása volt, hogy a localis bizottságok hasznavehetetlenek és az egész organisatio tökéletlen volt. A központi irodában és a postánál a hivatalnokok többnyire csak oroszul beszéltek és idegességük néha valóban gorombáskodássá fajult pl. az angolokkal szemközt, a kik nem szivesen látták, ha a férfi hivatalnokok a női hivatalnokokkal foglalkoztak inkább, a medikusok a medikákkal, a helyett, hogy a tagok kivánságait törekedtek volna megérteni. . . . Az ember az izzadt, poros arczokon többnyire elégedetlenséget látott, daczára az orvosok manifeszt jó szándékainak. De minden oly kapkodva, terv és rendszer nélkül ment, hogy sokszor még az ajándékok is csak kellemetlenséget és boszuságot okoztak.

Az első csalódást mindjárt *Virchow* okozta, a ki az első általános gyülésen, melyet a moszkvai szép, nagy szinházban tartottunk, az orvostudomány evolucióját fejtegette a XIX. században, de kissé szintelenül, épen a legutóbbi évtizedek küzdelmeinél oly kevés jellemzéssel, hogy csak succès d'estime jutalmazta. *Lannelongue* egy *thèse d'agrégation*-t tartott a tuberculosis sebészi kezeléséről. *Lauder-Brunton* (London) angol létére franczián! beszélt az elméleti és gyakorlati orvosi tudományok közötti viszonyról, a mivel azt érte el, hogy senki sem értette meg.

A második gyülésen érdekes volt *Krafft-Ebing* hosszadalmas fejtegetéseiben, hogy egy „névtelen ismerőse“ kilencz paralysis progressivában szenvedő beteget beoltott heveny syphilisvirussal eredmény nélkül. *Senn* (Chicago) a septikus peritonitisről velősen beszélt. *Mecsnikov* a pestisről referált, adatokkal bizonyítva az *Yersin*-féle serum hatásosságát és beszédének végén gyönyörű elmefuttatással bizonyítva, hogy a tudomány és az erkölcsiség parallel haladnak, hogy a tudomány az, a mely a gyengét oltalmazza, a mely a helyett, hogy a satnyák elpusztítása által járulna a fajok nemesítéséhez, azok erősítése, meggyógyítása, védelmezése által szilárdítja meg emezt, éppen a tudományt nem lehet tehát az embertelenség vádjával illetni. *Robert* (Barcelona) franczián!, de erős spanyol accentussal az orvostudományok philosophiáját fejtegette, szépen és érdekesen, de egész lapokat hagyva ki felolvasásából rövidség kedvéért, az összefüggés nem nagy előnyére.

Az utolsó ülésen *Leyden* említette, hogy a R. tuberculin sem ér semmit; *Lombroso* új eszméket fejtegetett a psychiatria köréből. *Lukjanow* a sejt-halálról és a mag éhezési változásairól beszélt.

Az előadók mindegyikének közös hibája volt, hogy a felolvasásokat hosszabb időre tervezték, mint a mennyi rendelkezésükre állott. Következésképp kurtítgatni, lapozgatni kellett, az elnök csöngetgetett, a felolvasó gyorsvonat módjára rohant a kéziratán vagy pedig egyszerüen átnyujtotta azt a titkárnak s az előadás megtartottnak tekintetett. Hogy mit akart mondani, az majd csak 1—2 év mulva derül ki, ha a munkálatok megjelennek. Hogy ily körülmények között viták nem indulhattak meg, az természetes. Általában el kellene az olvasást tiltani a gyüléseken. Csak az élő szó képes lekötni a hallgatóság figyelmét s csak azt lehet a rendelkezésre álló időtartamhoz, a közbeszóláshoz idomítani. A ki élőszóval, szabad előadásban a hallgatóság nyelvén beszélni nem képes, az ne tárgyaljon, hiszen működésétől haszon úgy se származik, fölösleges dolgokkal pedig kár a congressus erejét fogyasztani. Egy másik megjegyzésem pedig az általános orvosi congressusokra az volna, hogy miután az egyik sectio működésére sincs effektiv haszonnal, hogy ugyanakkor, ugyanabban a városban tárgyal egy második, harmadik és tizedik sectio, a melynek gyülésére physikai képtelenség elmennie, az ilyen roppant orvostömegek összehozatala ellenben igen fáradságos és kényelmetlen, meg kellene szüntetni az általános congressusokat és annál gyakrabban tartani specialisokat. Csak ez utóbbiakon fejlődik igazi eszmecsere; ezekre kényelmesen lehet előkészülni; ezek mozgékonyabbak, szóval az ügy érdekében üdvösebbek.

A congressusnál tanulságosabbak voltak azok az észleletek, melyeket az ország egészségügyi viszonyai, a klinikák, hygienikus intézmények stb. nyujtottak. Nagy részét ezeknek csak hallomásból tudom: relata refero. 1891-ben 116 millió lakossal birt Oroszország. Volt pedig ott *10,805* orvos, 11,959 gyógykovács és 7276 bába; tehát közel 11,000 lakosra jutott egy orvos. Ezek főrésze a városokban lakott, a falvakban oly kevés települt meg, hogy helyenkint 40—60,000 lakosra esik egy orvos, északi Oroszországban pedig van egy 300 km. átmérőjü terület 200,000 lakossal, melyben csak egy orvos tanyázik![1] A gyógytárak mind reáljogúak. A városokban 12—18,000 lakosra engedélyeznek egyet; mikor Odessza lakósainak számát legutóbb megszámolva 30,000 főnyi szaporulatot találtak, engedélyeztek a 15 meglevő mellé két újat, melyeket tulajdonosaik pár nap mulva eladtak egyenkint 10,000 rubelért.

A nép általában véve mindenütt szegény és rosszul táplálkozik, de azután lusta és indolens is, s nem igen erőlteti meg magát. A régi népszokásoknak, csókolódzásoknak meg a „katonáné“-rendszernek lehet tulajdonítani a syphilis erős terjedését, melyet minden orosz előadó kiemelt. Terjed az északi és déli határokon a lepra is, melyet a déli vidékeken *krimka* név alatt endemikus külön betegségnek tartottak, míg az újabb vizsgálatok ki nem mutatták a leprával való identitást.

Az orosz társadalom hosszú ideig távol tartotta magát a közegészségi reformok támogatásától. Csak a legutóbbi években, egy *Alexijev* nevü volt polgármester és *Saccharjin* volt tanár pressiója óta mozdult meg a gazdag kereskedővilág, hogy monumentalis részt vegyen az orvostudományok ügyének fellendítésében.

Azt mondják, hogy a donatiók kiinduló pontja eleinte a hiúság és a félelem volt: az első adományozó, egy kereskedő kikötötte, hogy a nyilvánosság előtt térdre boruljon előtte a polgármester és így kérje a kegyes támogatást. Alexijev megtette, s ½ millió rubel jutott a kórházaknak. Másodszor pedig állítólag — én nem hallottam — betegségük alatt *Saccharjin* ilyenforma kis speecheket intézett, pl.: „Te el fogsz pusztulni nélkülem. Te egész életedben egy részeges bestia voltál, ki soha senkivel jót nem tettél. Egyáltalában kár volna a kis ujjamat is megmozditani érdekedben. De megkegyelmezek neked, ha..... ezer rubelt adsz egy klinika építésére. Határozzál gyorsan...“

[1] Tarnovszky tábornok előadásából.

Tény az, hogy még soha életemben, összes utazásaim alatt oly gyönyörü klinikákat sehol sem láttam, mint Moszkvában. Az állam mintegy 3.800,000 frtot, azonkivül a régi klinikák eladási árát, a város körülbelül 18, Mme Morozow még 6·3 hektár területet, azután számos egyéb adakozó között:

Khludow 650,000 frtot gyermekkórházra,

E. Paskhalov egy szülészeti klinikát,

T. Morozow egy nőgyógyászati klinikát,

Szolodovnikow 250,000 frtot egy dermatologiai klinikára,

I. Bazanov egy teljesen kész laryngo-rhinologiai klinikát és 650,000 frt fentartási tőkét,

B. Alexijew 100,000 frtot egy ambulatorium építésére,

V. Morozow teljesen felszerelt psychiatrikus klinikát adott!!

Bármit mondanak is indító okul az ilyen csodálatos bőkezűség megmagyarázására, tisztelet e maecenásoknak! Minő más képet nyujt e pár adat az orosz társadalom felfogásáról, mint a mit magunknak elképzeltünk! Mennyire vannak ezektől, a mi magyarjaink, a kik kártyára, lovakra és sybarita élvezetekre ezreket költenek el, de tanügyre, egészségügyre, socialis célokra nem áldoznának egy krajczárt sem!

Minő sivár indolentia a közönség körében vitalis érdekeink iránt. Tekintsünk a budapesti orvosi facultás klinikáira és alapítványaira. Kik adták azokat össze? Talán Rökk Szilárd nemes alakja volt az egyetlen laikus, ki emberbarátilag bánt vele! Az alapítványokat az ott működött tanárok adták, kik mint Bene, Schordann, Wagner keserves keresményük megtakarított filléreit rakták össze, hogy a lánglelkükkel imádott tudomány terjedésének göröngyös útjait elsímitani még porladozva is segítsék! Az a „jó magyar szív", az az önhitt magyar társadalom mennyire példát vehetne a részegesnek, tudatlannak, állatiasnak elhiresztelt, nevetségessé tett, lenézett, barbárnak kikiáltott muszkáktól!

Még az utolsó pillanatban, a moszkvai városi tanács is minő fenkölt gondolkozás tanújelét adta, midőn a helyett, hogy egy nagy murit rendezett volna a congressus számára, 20,000 frankos alapítványt tett, melynek három éves kamatját — 5000 frankot a jelenlegi és a jövő congressusok a legérdemesebb orvosnak fogják odaitélni. *I. Henri Dunant*, svájczi philantrop kapta az idei díjat, a háború sebesülteinek gondozására, a vörös-kereszt intézmény létesítésére irányuló fáradozása miatt.

Képzelhető, hogy az ilyen rendkivüli erővel emelt klinikák mily tökéletesek! Évekig tanulmányozták a facultás kiválóbb tanárai a külföld legjobb intézeteit, hogy a pénzerőt igazán czélszerüen használhassák fel. Az egyes pavillonok az 1 km.-nél hosszabb telken és annak szomszédságán vannak szétszórva, nagyobbára egy emeletesek, költséges architectonikus dísz nélkül, tisztán a czélszerüre és szükségesre szorítkozva, de ezzel azután igazán fel is ruházva.

A klinikák összesen 675 ágygyal birnak; 16 rendes és 22 rendkivüli tanár 27 intézetben tanit, melyekre a következő adatok vonatkoznak. Ezeket a hivatalos közleményekből gyüjtöttem össze és részletesen közlöm, mert a hozott áldozatok a munificentia nagyságát minden élogenál jobban megvilágitják. (l. alábbi táblát).

Ebben a kimutatásban nincs felvéve a dermatologiai és laryngologiai klinikák fenntartása, az anatomiai, vegyi, élettani, anthropologiai stb. intézetek tételei, nincs semmi személyi kiadás és ennek daczára csak ingatlanokba mintegy 3.700,000 frt van beépitve és a *dologi kiadásokra* mintegy 500,000 frtot költ az állam évenként, annyit, mint a mennyi körülbelül a budapesti egyetem négy facultásának állami dotatiója!

Az egyes klinikák leirásába nem bocsátkozhatom, legyen elég azt constatálni, hogy azok pazar fénynyel vannak berendezve, s pl. nemcsak photographáló, de Röntgenező laboratoriumok is vannak a vegyi, élettani, górcsövi és bacteriologiaikon kivül. Sebészeti tantermeik bámulatos jók, idealis berendezésüek arra, hogy mindenki a műtétet, ne csak a műtevőt lássa. Érdekes kisérlet a propaedeutikus klinika, a hol a diagnosist, a beteg vizsgálatot stb. gyakorolják és az ebből a szempontból tanulságos betegeket gyüjtik a tanulók számára. A berendezések általában olyanok, hogy tanulmányozásuk elkerülhetetlen lesz a jövőben minden klinikai épitkezésnél.

Intézet neve	Tanár neve	Épület ára	Vízvezeték, világitás, csatorna költsége	Ingatlan összes ára	Tudományos berendezés ára	Évi átalány		Segédek száma	Ágyak száma
						orvosi czélokra	administrativ czélokra		
1. Sebészi	Bobrov	270,574	65,995	336,569	26,973	24,600	16,875	10	80
1. Belgy.	Popov				19,662	21,628		12	67
2. Sebészi	Levcsin	304,568	71,259	375,827	32,301	26,762	19,619	18	83
2. Belgy.	Osztroumov				34,941	26,568		12	82
Dermatol.	Pospjélov	—	—	200,000	?	?	?	5	60
Szülészet	Makejev	—	—	150,000	?	15,750	—	6	40
Nőgyógy.	Szneguirov	—	—	200,000	?	16,880	—	10	40
Ideggy.	Kojevnikov	166,000	33,000	199,000	15,215	23,772	—	4	44
Psychiatr.	Korsackov	—	—	450,000	—	29,965	—	4	50
Propaed.	Cserinov	155,851	38,478	194,530	13,931	15,612	9635	11	48
Szemészet	Krukov				11,024	12,086		7	34
Gégészet	Stein	—	—	180,000	—	—		7	15
Gyermek.	Filatov	—	—	500,000	—	18,000	19,200	21	61
Fertőző b.	?	—	—	56,400	10,776	19,204	—	—	32
Műtőint.	Diakonov				1414	3600		5	—
Törv. orv.	Neyding	127,357	38,120	165,477	6694	2750	10,046	3	—
Kórboncz.	Klein				15,384	4630		7	—
Ált. kórt.	Vogt				10,050	2480		4	—
Gyógysz.	Bogoszlavszki	152,761	44,054	196,815	11,000	3000	13,247	5	—
Közegész.	Bubnov				5844	4150		6	—
Ált. amb.	?	—	—	70,000	—	—	—	—	—
Mellékép.		199,730	29,301	228,931	—	—	90,000	—	—

Az érték mindenütt rubelekben van kitüntetve 1 R. = 1.27 frt.

A laboratoriumokban mindenütt nagy szekrényekben áll felhalmozva a legkülönbözőbb reserv-eszköz, calibrirozott üvegtárgy, tápanyag stb. Egy egy intézetben két-három mikrotomot, egész sorozat górcsövet láttam, melyek mind Zeisstől valók. Néhol vetítő apparátusok; zircon-fényü phothographáló készülékek, nagyszerü villanyos berendezések külön termekben várják a kisérletezőt, sokszor messze megelőzve a szükségletet: igy pl. a börklinikán a közönséges faradikus, galvanikus, endoscopikus, kaustikus berendezéseken kivül még villanyos fürdőhely, statikus készülékek stb. is találhatók.

Nékám.

(Folytatása következik).

A Röntgen-sugarak alkalmazása a belgyógyászati kórjelzés terén.

(Vége.)

Felnőtteknél némely esetben minden különösebb complicált eljárás igénybevétele nélkül — még hájdús egyéneknél is — sikerül látni a lépnek egy részét, a májat, a gyomor nagy curvaturáját, a bal vesét, a colon ascendenst és a descendenst. Más és igen sok esetben a hasi szervek közül a legtürelmesebb vizsgálat mellett sem láthatunk semmit. Ezek a körülmények a mellett szólanak, hogy ezek a szervek sem maradnak elrejtve a Röntgen-sugarak előtt. A technika tökéletesbülését egyéb szempontból is mindenki óhajtja és hogy ezzel együtt a hasi szervek vizsgálata is könnyen lehetségessé válik, az ma már joggal remélhető. *Rosenfeldnek* fémsonda alkalmazása mellett sikerült pylorus rákot pontosan láthatni és ezen irányban bőven szerzett tapasztalatai alapján ő is reméli, hogy sikerülni fog a gyomor bioscopizálásánál sokkal többet elérnünk, mint a mennyit attól eddig vártunk. Nem füzhetünk ennyi reményt az epekövekhez. Az az egy photographia, melyet nekem *Buchsbaum* dr. mutatott egy epeköről, nem változtatta meg azon meggyőződésemet, melyet epekövekkel tett exact kisérletek alapján alkottam, annál kevésbbé, mert hasonló meggyőződésben hasonló alapon számosan vannak.

Hólyagkövet tudtommal *Lauric* és *Leon* (The Lancet 1897. január 16) kórisméztek először a sugarak segélyével. Azóta bebizonyitottá vált, hogy húgykövek kitartó vizsgálat mellett az

esetek túlnyomó számában és a betegre a régi methodusnál kétségkivül enyhébb módon és biztosan feltalálhatók. Azok a kisérletek, melyeket *veseköveket* hullán eredménynyel tettek, in vivo eddig nem nyertek megerősítést.

***

A fentebb közlöttek teljes mértékben jogosultaknak tüntetik fel Röntgen felfedezésének az orvosi tudományok terén való oly kiterjedt alkalmazását. Ez elmult másfél év alatt elért nagy technikai fejlettség azt már ma is egy nem remélt positivvá emelte, úgy hogy annak gyakorlati alkalmazása úgyszólván az egész vonalon foganatosítva lett. Az idő és az ez alatt gyüjtött tapasztalatok azonban nem elegendők arra, hogy akár csak egy téren is végérvényes itéletet alkothassunk. A milyen jogosultak a jövőtől várt legvérmesebb remények is, épen olyan szükséges még ma a szigorú objectivitás!

Kizárólag a Röntgen-sugarak alkalmazásával teljes biztossággal, az alkalmazás technikájában fekvő okok következtében legalább a belgyógyászat körében még máig keveset kórismézhetünk. Mint segédeszköz kétségkivül máris nagy fontosságú annak a kezében, ki az eljárás gyakorlati ismeretén kivül nem csak nézni, de látni is tud és a kit itéletében pathologiai tudása vezet. A Röntgen-sugaraknak az emberi szervezetre való általános hatásáról még kevés adat van, de az a néhány, melyet ismertettem, elegendő arra, hogy ez irányra nyomósan ráterelje a figyelmünket és másrészt azon súlyos localis behatás, melyről pl. *Apostoli* referált, önkéntelenül felveti a kérdést, hogy a Röntgen-sugarak alkalmazása nem-e fejlődik-e egyszersmind az orvosi műhibák egy új terrenumává? Már a fejlettség mai stadiumában kétségkivül kivánatos, hogy a kórodák és a tudományos intézetek a Röntgen-sugarakat alkalmazzák. Ez annyival is inkább szükséges, mert ma már számos német egyetemen e tárgyról cursusok hirdettetnek, az alkalmazás technicájáról könyvek jelennek meg. Mindezek természetesen nagy vonzerőt gyakorolnak a minden nagy felfedezés nyomában buján tenyésző tudomány szomjas epigonokra és a „Röntgen-specialisták" már épen nem a távol jövő alakjai Az az önzetlen és nemes küzdelem, melyet a modern orvosi tudomány ma is élő ősz herosza: *Virchow* egy fél század óta küzd a specialismus túlhajtásai és túlhajtói ellen, bizonyára ezekben fogja találni ezen küzdelemnek legcynikusabb kigúnyolóit.

De végre is ne menjünk tovább! E nagy felfedezés hálás ünneplöit fogja találni a természettudományok minden ágát művelők körében! S látva egyrészt azt, hogy Röntgen nagy felfedezését mint igyekeznek arra hivatott tényezök termékenyné tenni az orvosi tudomány czéljai számára, látva másrészt a würzburgi egyetem legszebb férfikorában levő világhirüvé lett professorát, a mint a napnak minden pillanatát tudományos munkálkodásának szenteli, a kiről a kis bajor város kisvárosias kiváncsiságú közönsége is csak annyit tud, hogy itt él és dolgozik és a kit tanitványain kivül csak az láthat, ki őt folytonos munkája körében keresi fel, joggal remélhetjük, hogy ezen világra szóló felfedezés az orvosi tudományok fejlödésére is nagy befolyással lesz, hogy hozzá fog járulni azon idő eljövetelének siettetéséhez, melyet *Leyden* már közelnek hisz, s melyet a berlini belgyógyászati congressuson pár szóval jellemezett: „Es ist eine Lust Arzt zu sein."

Áldor Lajos dr.

Heti szemle.

Budapest, 1897. szept. 16.

Tauffer tanár mult heti levelére kaptuk *Pfeifer Gyula* dr. úr következő levelét:

Tisztelt Szerkesztő úr! Sajnálattal tapasztaltam, hogy a „Gyógyászat" augusztus 22-dikén megjelent számában közölt czikkem oly félreértésre adott alkalmat, mintha én a berlini tanárok egyikét vagy másikát meg akarnám sérteni.

Ilyen sértő szándékról nálam annál kevésbbé lehet szó, minthogy számos német hírneves tanárt személyes érintkezésben tisztelni és becsülni tanultam.

Ennélfogva őszinte sajnálatomat fejezem ki a fölött, hogy oly tapasztalataim közlésébe fogtam, melyek a fent érintett félremagyarázásokra alkalmat szolgáltathattak.

Maradtam tisztelt szerkesztő úr iránt kiváló tisztelettel

Budapest, 1897. szeptember 16. *Pfeifer Gyula* dr.

A hiba beismerése bizonyos mértékben correctivuma az elkövetésnek. Pfeifer dr. úr levelének e miatt szívesen adtunk helyet. Saját orvosi irodalmunkat becsüljük meg, ha igyekszünk abban a külföldi tudományos orvosi intézményekről és viszonyokról lehető objectiv ismertetéseket közölni, a melyeknek helyes megirásához természetesen kellő előtanulmányok és kiforrott szakbeli gondolkodás szükségesek.

Vegyesek.

Budapest, 1897. szeptember 17-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. augusztus 29-től 1897. szeptember 4-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 418 gyermek, elhalt 213 személy, a születések tehát 205 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 2, roncsoló toroklob 2, hökhurut 2, kanyaró 1, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz —, influenza —, egyéb ragályos betegségek 6, agykérlob 8, agyvérömleny 2, rángások 7, szervi szívbaj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 15, tüdőgümő és sorvadás 32, bélhurut és béllob 56, carcinomata et neoplasmata alia 5, méhrák —, Bright-kór és veselob 2, angolkór 1, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 15, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 5, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 1032 beteg, szaporodás 712, csökkenés 719, maradt e hét végén ápolás alatt 2025. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. szeptember 3-tól szeptember 10-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 6 (meghalt —), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 5 (meghalt —), vörhenyben 12 (meghalt 1), kanyaróban 10 (meghalt —), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 19 (meghalt 2), trachomában 17, vérhasban — (meghalt —), hökhurutban 16 (meghalt —), orbánczban 11 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **A törvényszéki orvostani vizsgálatra** az előkészítő tanfolyam szeptember 27-dikén kezdődik. A törvényszéki elmekórtant *Német Ödön* dr., a törvényszéki orvostant *Minich Károly* dr., a törvényszéki vegytant *Jahn József* dr. adja elő. A vizsgálat október közepén lesz.

△ **Elmegyógyintézet Gyulán.** A gyulai kórház épitő bizottság kimondotta, hogy 200,000 frton elmegyógyintézetet épit. Az állam az új kórházban helyezi el az országos intézetekből kikerülő betegeket.

— **Megjelent:** *E. Merck*, Darmstadt. Verzeichniss sämmtlicher Präparate, Droguen und Mineralien mit Erläuterungen 1897. Lehető teljes összeállitás, melyben az egyes szerekhez rövid magyarázat is van adva, a mi különösen az újabban forgalomba jövő szerekre vonatkozólag tájékozás szempontjából jó szolgálatot tesz.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest**, VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő téli és nyári **gyógyhely.** **Nagy kénes iszapfürdő**; iszapborogatás, douche-massage, kő- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Gőzfürdők uszodák. Olcsó és szép lakások. Prospektust küld az igazgatóság **Budapesten.**

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L.** úr ivócsarnokában a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemü emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

EDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál **BUDAPESTEN.**

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

Negyvenegyedik évfolyam. 39. szám. *Budapest, 1897. szeptember 26.*

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HŐGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény Purjesz Zsigmond dr., ny. r. egyet. tanár belgyógyászati kórodájáról Kolozsvárt.

Kórodai észleletek a Widal-féle serodiagnosis értékéről.

Jancsó Miklós dr. és *Rosenberger Mór* dr. tanársegédektől.

Már Gruber az 1895-diki wiesbadeni belgyógyászati congressuson úgy mutatta be a typhussal immunizált állatok vérsavójának a typhus-levesculturára gyakorolt felötlő hatását, mint a mely nem kizárólagos tulajdona az ily állatok vérsavójának, a mennyiben nem immunizált állat vérsavója is bir e hatással; a kétféle vérsavónak a typhus-culturára gyakorolt hatása között csakis quantitásbeli különbség van: az immunizált állat vérsavója t. i. igen kicsiny — néha bámulatra méltó csekély — mennyiségben is előidézi e reactiót a typhus-culturán, míg a nem immunizált állaté csak akkor, ha azt aránytalanul nagyobb quantumban adjuk a culturához.

Ugyancsak Gruber már megjegyzi, hogy az emberi vérsavó is igen sok bakteriumfajra agglutinálólag hat, ha azt körülbelül egyenlő mennyiségben keverjük a levesculturával.

Ezen álláspontra helyezkedik Widal is typhus abdominalisban szenvedő betegek vérével tett kisérletei alapján. Szerinte a vérsavónak és typhus-culturának „1 : 10“ (később 1 : 15) arányában való elegyítése képezi a határt, a meddig a reactio nem typhusos egyének vérsavójával is sikerül; ennél nagyobb fokú felhigitás mellett[1] positiv reactiót adó serum csak typhusbetegtől származhatik.

Ép azon körülménynél fogva, hogy ez agglutináló hatás nem specifikus reactiója a typhusos vérserumnak, annak megvizsgálásánál egyik legfontosabb feladat eme határnak a megállapitása, a mely határt Widal — mint emlitők — 1 : 10 arányban való higitás által véli kifejezhetőnek. Erre a feladatra irányitotta a legtöbb vizsgáló a főfigyelmet, s minket is első sorban az érdekelt.

Másrészt azonban igen érdekelt az is, hogy typhusbetegek vérsavója mily magasfokú higitásban bir még agglutináló hatással, azaz mekkora higitás képezi a reactio felső határát; hogy e határ, valamint a reactio általában, minő változásokat mutat a betegség lefolyásában; van-e valami különbség a súlyos és könnyű esetek között, befolyásoltatik-e a reactio az esetleges complicatiók vagy therapeutikus beavatkozások által?

Hogy mindezen kérdésekre megfelelhessünk, igyekeztünk minél számosabb typhus- és nem typhus-esetre vonatkozó észleletet gyüjteni, s egyszersmind az eddig ajánlatba hozott eljárási módszereket összemérni, főleg igyekeztünk a praktikus élet kivánalmainak megfelelő egyszerű, gyors s mégis megbizható eljárás keresésére és kipróbálására.

Ez irányú vizsgálataink eredményének leirását megelőzőleg felemlitjük, hogy azon typhus-culturát, melylyel a vizsgálatokat végeztük, Buday dr. tanártól kaptuk; úgyszintén ő volt szives e régi tenyésztésű culturát újolag is megvizsgálni, s azt úgy morphologiai, mint biologiai tekintetekben az Eberth-féle typhus-bacillussal teljesen megegyezőnek találta.

A levesculturák készitésénél mindig közömbös kémhatású levest használtunk; úgy az eprouvettával való makroskopikus, mint a függőcseppel megejtett mikroskopikus reactióhoz 24 órás, vagy ennél fiatalabb, sőt mikroskopikus vizsgálathoz utóbb 6—10 órás levesculturát használtunk. Minden vizsgálatunknál szabálynak tekintettük azt, hogy minden alkalommal typhusban szenvedő és nem typhusos egyének vérét egyszerre, egy csoportban, tehát ugyanazon órában, ugyanazon anyaculturával, ugyanazon levessel készült levesculturákkal vizsgáljuk. Ez által véltük ugyanis a legjobban elkerülhetni azon észlelési hibákat, melyek a culturáknak esetleges sajátságai által lehetnének feltételezve.

Makroskopikus vizsgálatainknál az ily csoportkisérletek megejtése előtt mindig vigyáztunk arra, hogy az egyszerre, egy anyaculturából készült levesculturák egyenletesen zavarosak legyenek, aljukon semmi vagy csak igen csekély üledék legyen látható. Mikroskopikus vizsgálatainknál pedig előbb mindig megnéztük a felhasználandó levesculturát, hogy abban csak rövid, élénken mozgó bacillusok legyenek, bacillusokból álló csomócskák pedig ne legyenek; s mivel ily csomók néha már 16—18 órás culturában is találhatók, utóbb 6—8 órással dolgoztunk.

Összes kisérleteinkhez a vért az ujjhegyből nyertük egy lándzsatű segélyével. Ily módon mindig kellő mennyiségű (4—10 ccm.) vért nyerhettünk.

I.

A cultura- (eprouvetta) kisérletek közül a legelterjedtebb abban áll, hogy a typhus-levesculturához bizonyos arányban vérsavót adunk, a midőn is rövidebb-hosszabb idő elteltével a különben zavaros cultura felderül, átlátszóvá lesz, az alján pedig bő fehér pelyhes üledék képződik.

A mint emlitettük, e reactio nemcsak typhusos serum hozzáadására jő létre, hanem előidézheti azt nem typhusos egyének vérsavója is, s úgy Gruber, mint Widal szerint typhusos és nem typhusos serum között a különbség egyrészt a reactio előidézésére szükségeltető serummennyiség feltünő eltérésében, másrészt azonban abban is mutatkozik, hogy nem-typhusos serum által előidézett reactiónál kevés, porszerű, finoman szemcsézett üledék képződik a kémcső fenekén, eltérőleg a typhusos serum hozzáadására előálló bő pelyhes üledéktől.

A kisérletekhez szükséges vért a beteg ujjhegyéből egy a rendesnél szükebb átmérőjű kémcsőbe gyüjtöttük egy egyszerű, a mosóüvegek zárókészülékének (kettős furatú dugó, egyik furaton az üveg fenekéig érő, másikon egy rövid üvegcsővel) mintájára készült készülékkel, úgy hogy a kémcső aljáig érő cső finom szabadvégét az ujjhegyen kiserkedő vércseppbe mártottuk, a másik — rövidebb — üvegcsövön (mely egy szopókával ellátott kaucsukcsőbe folytatódott) szájunkkal szivást gyakoroltunk, mire a vércsepp a kémcsőbe szivódott. Ha már kellő mennyiségű vér gyült össze a kémcsőben, akkor az üvegcsövek kiálló végeit beforrasztottuk, a kémcsövet erő-

[1] A serum-felhigitását itt természetesen maga a bouillon-cultura eszközli.

sen dűlt helyzetben hideg helyen állani hagytuk. Magától értetődik, hogy a készüléket használat előtt sterilizálni kell. A sterilizálást úgy eszközöltük, hogy a kémcsövet előbb wattadugóval ellátva kihevítettük, azután a wattadugót tiszta (esetleg kifőzött vagy szabadlángban kissé megpörkölt) kettős furatú parafadugóval cseréltük fel, végül a parafadugó nyilásaiba tóltuk a szintén kihevített — még forró — üvegcsövecskéket.

Az eszköz előnye az, hogy a megszúrt ujjhegyből kiserkedő vér az utolsó cseppig felfogható, s a mint a szúrási helyen kibugygyan, azonnal zárt helyre jut. Kevés gyakorlattal az eszköz könnyen kezelhető, s segélyével 4—10 ccm., sőt ennél is több vért nyerhetünk egyetlen szúrásra.[1] Hátránya az eszköznek az, hogy a parafadugó miatt nem sterilizálható egy darabban. Ez azonban nem is szükséges, mert mi is tapasztaltuk, a mit Widal és Fränkel hangsúlyoznak, hogy ha a vérbe egynéhány csira belejut, az továbbfejlődésre nem képes. Többször volt alkalmunk meggyőződni arról, hogy az ily parafadugós kémcsőbe felszivott vérből kiszoruló savó 3—4 nap mulva is még teljesen tiszta, átlátszó volt.

Az így nyert vérsavóból egy körülbelül $^1/_2$ mm. belvilágú üvegpipetta segélyével adtunk bürettával pontosan lemért 24 órás vagy ennél fiatalabb levesculturához[2] 1—2 vagy több cseppet a szerint, hogy milyen arányú higitást akartunk elérni. A cseppentő pipetta t. i. úgy volt készitve, hogy annak bizonyos mérvben megdűlt tartásánál az önként, minden rázás nélkül lehulló cseppekből épen 20 tett ki 1 ccm.-t; ezt egy büretta segélyével könnyen megállapitottuk, úgy hogy bizvást mondhatjuk, miszerint a pipettából kihulló 1 csepp savó térfogata $^1/_{20}$ ccm. volt.

E szerint e pipettával meglehetős pontosan meg lehetett határozni a cultura és az ahhoz adott vérsavó egymáshozi viszonyát; pl. 1 csepp savó 1 ccm.-nyi culturához adva 1 : 20, 2 csepp 1 ccm. culturára 1 : 10 aránynak felelt meg. Nekünk azonban 1 : 20-nál nagyobb arányú higitásokra is ki kellett terjeszkednünk; ezt elérhettük volna az által is, ha 1 ccm.-nél nagyobb térfogatú culturákat használunk; minthogy azonban a levesculturáknál minden tekintetben a lehető legnagyobb egyöntetűséget akartuk megtartani, azért az 1 : 20-nál magasabb higitásokat úgy értük el, hogy a vérsavót steril physiologikus konyhasó-oldattal előzetesen bizonyos — meghatározott — mértékben felhigitottuk. E felhigitást szintén egy finom, hosszú pipetta segélyével eszközöltük, úgy hogy a pipettába tetszésszerinti mennyiségű vérsavót szivtunk fel, annak állását a pipettán egy finom vonással megjegyeztük, azután a vérsavót egy kémcsőbe jól kifújtuk s végül ugyanezen pipettával ugyanakkora térfogatú 0·6% NaCl-oldatot adtunk a savóhoz, annyiszor, a hányszoros higitást akartunk elérni (egyszeresen beleszámitva magát a tömör savót is); tehát pl. 1 térfogat vérsavóhoz 2 térfogat 0·6% NaCl-oldatot adva 3-szoros higitást értünk el, s ha most ebből cseppentő pipettánkkal 2 cseppet adtunk 1 ccm. culturához, akkor a higitás 1 : 30-nak felelt meg.

Az ugyanazon alkalommal nyert vérsavót természetesen többféle arányban higitottuk a konyhasó-oldattal, kétszerestől kezdve fel egész 100-szorosig, sőt ezenfelül is. A nagyobb higitásokat természetesen már nem a tömör, hanem bizonyos mértékben már higitott savóval eszközöltük; pl. 100-szorosan higitott savót készitettünk az 50-szeresen higitottból megfelelő térfogatú Na Cl-oldat hozzáadásával.

Az eljárás első pillanatra nehézkesnek látszik, azonban, ha az eszközlendő higitásokat előre kiszámitjuk, rendszerbe foglaljuk, a szükséges kémcsöveket előzetesen sorba rakjuk, mindeniket a megfelelő higitás számával megjelöljük, akkor kevés gyakorlat mellett elég könnyűséggel s megfelelő pontossággal eszközölhetjük a legkülönbözőbb arányú higitásokat.

[1] Ha az ujjhegy bőre el van kérgesedve, akkor a megszúrandó ujjról a kérgesedést óvatosan eltávolithatjuk.

[2] Magától értetődik, hogy a levesből először a büretta segélyével pontosan lehúztunk minden kémcsőbe meghatározott mennyiséget — többnyire 1 ccm.-t — s az igy kémcsövekbe elosztott levest gőzlőben sterilizáltuk s csak ezután oltottuk be az anyaculturából.

Nagy figyelmet kell fordítanunk természetesen az eszközök s oldatok sterilitására. Ily sokféle manipulatio mellett természetesen sok alkalom van arra, hogy a savó idegen csirokkal fertőztessék s egyik-másik kisérletünk ennek következtében hajótörést is szenvedett; de az alább felsoroltakban ez nem történt. Sokszor tapasztaltuk, hogy az ezen eljárással készült különféle higitású vérsavók 4—5 s több nap mulván is még egészen csirmentesek voltak s velük a Widal-reactio ismételhető volt. Azt is több izben volt alkalmunk észlelni, a mire egy más kérdésnél még hivatkozni fogunk, hogy a már kifejezett reactiót mutató typhusculturák — melyek a legkülönfélébb mértékben higitott vérsavóval voltak keverve — napokon, sőt heteken át mutatták a reactiót a legcsekélyebb változás nélkül.

Maga a 0·6% Na Cl-oldat teljesen indifferens magatartású a Widal-féle reactióra vonatkozólag; majdnem minden egyes észleletünk alkalmával készitettünk egy pár levesculturát, melyekhez ellenőrzés czéljából 2—4 cseppet adtunk a higitásokra használt 0·6% Na Cl-oldatból; ezek a culturák sem macro- sem microskopikus vizsgálatoknál egyáltalában semmi eltérést nem mutattak a szintén controllképen készitett, érintetlen levesculturákhoz hasonlitva.

* * *

Az észlelők e nemű vizsgálataiknál általában kétféleképen jártak el:

Egy részük csupán egy bizonyos — tapasztalatuk szerint differentialis értékű — higitásban vizsgált typhusos és nem typhusos egyénektől származó vérsavót; pl. Widal, a ki mint láttuk, a kétféle vérsavóra nézve differentialis értékűnek jelezte a 10—15-szörös higitást.

Egy másik része az észlelőknek minden egyes serumot megtitrált s azt vizsgálta, hogy az milyen nagyfokú higitásban adja meg a reactiót? A mint az előzőkből is kitünik, mi is ezen utóbbi, bár fáradságosabb, de a kérdés lényegébe mélyebb betekintést engedő eljárást választottuk, azaz minden észlelésünknél megkerestük azt a legnagyobbfokú higitást, melynél a reactio még positiv volt; positivnak vettük pedig a reactiót mindaddig a higitásig, a mig a culturákban tisztulás és üledékképződés volt látható a controll-culturákhoz képest.

* * *

(Folytatása következik.)

Közlemény Kézmárszky Tivadar I. szülő- és nőbeteg klinikájából.

Az újszülött és függelékeinek fejlődési viszonyai a terhesség különböző szakaiban, tekintettel az anya testi fejlődésére és azon változásokra, melyeknek a magzat teste a szülés következtében alá van vetve.

Weisz Ferencz dr.-tól.

(Folytatás.)

A VI. és VII. hóbeli újszülöttek fejméretei a szülés I. napján.

Hó	Eset	Nem	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
								legn.	nagy	kis
VI.	2	leány	8·55	6·4	6·15	5·4	7·4	25·5	21·75	20·25
VII.	1	fiú	10·7	7·8	7·6	6·9	8·8	24·0	21·5	19·7
	6	leány	8·4	6·91	6·78	6·15	7·63	26·1	23·6	21·75
	7	összes	9·55	6·99	7·19	6·52	8·21	25·05	22·5	20·72

A VI. hóbeli újszülöttnek fejméreteit csak 2 esetben volt szerencsém a szülés első napján megmérhetni és ezeknél leányokról van itt név szerint szó; a nagy ferde átlaga 8·55 cm., a kis ferde 6·4, a nagy haránt 6·15, a kis haránté 5·4, az egyenes 7·4, a legnagyobb fejkerület 25·5, a nagy fejkerület 25·75, a kis fejkerület 20·25 cm.

A VII. hóbeli magzatoknál a fiuk s leányok átlagát tekintve, a nagy ferde 9·55 cm., a kis ferde 6·99, a nagy haránt 7·19, kis haránt 6·52, egyenes 8·21, a legnagyobb fejkerület 25·05, a nagy fejkerület 22·5, a kis fejkerület 20·7 cm.

A VIII. hóbeli magzatoknál a fejméretek a szülés első napján a következők voltak: nagy ferde 12·16, kis ferde 8·68, nagy haránt 8·34, kis haránt 6·56, egyenes 10·35, a legnagyobb fejkerület 34·4, a nagy 31·2, a kis fejkerület 28·7 cm.

Az összes fejméreteknél a leányok méretei túlsúlyban voltak a fiúék fölött.

A VIII., IX. és X. hóbeli újszülöttek fejméretei a szülés I. napján.

Hó	Eset	Nem	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
								legn.	nagy	kis
VIII.	9	fiú	12·02	8·66	8·28	6·7	10·3	34·3	31·2	28·6
	7	leány	12·3	8·7	8·4	7·6	10·4	34·5	31·2	28·8
	16	összes	12·16	8·68	8·34	6·56	10·35	34·4	31·2	28·7
IX.	15	fiú	12·9	9·1	8·8	8·0	10·9	35·8	32·8	28·7
	13	leány	12·7	9·0	8·7	7·8	10·8	35·7	32·2	29·1
	28	összes	12·8	9·05	8·75	7·9	10·85	35·75	32·4	28·9
X.	79	fiú	13·3	9·5	9·1	8·1	11·4	37·0	33·8	30·4
	66	leány	13·3	9·4	8·8	8·09	11·3	37·2	34·3	30·3
	145	összes	13·3	9·45	8·95	8·04	11·35	37·15	34·05	30·35

A IX. hóbeli újszülöttek fejméretei a szülés első napján a következő átlagot adták: a nagy ferde 12·8, a kis ferdéé 9·05, nagy haránt 8·55, kis haránt 7·9, egyenes 10·85, a legnagyobb fejkerület 35·75, nagy fejkerület 32·4, kis fejkerület 28·9. Nem szerint a kis fejkerületet kivéve, a legnagyobb méretek a fiukat illették.

A X. hóbeli magzatoknak átlagos méretei a szülés első napján: a nagy ferdéé 13·3, a kis ferdéé 9·45, nagy haránté 8·95, kis haránté 8·04, egyenesé 11·35 cm., a legnagyobb fejkerületé 37·15, nagy fejkerületé 34·05, a kis fejkerületé 30·35 cm. Nem szerint az összes méretek — a nagy fejkerület kivételével — a fiuknál nagyobb méretűek voltak a leányokéihoz képest.

A VIII., IX. és X. hóbeli újszülöttek fejméretei a szülés IV. napján.

Hó	Eset	Nem	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
								legn.	nagy	kis
VIII.	7	fiú	12·4	8·8	8·4	7·6	10·6	34·4	31·7	28·8
	6	leány	12·28	8·6	8·4	7·6	10·6	34·7	32	28·7
	13	összes	12·34	8·7	8·4	7·6	10·6	34·6	31·85	28·75
IX.	10	fiú	12·9	9·19	8·84	8·0	11·04	36·25	32·75	29·75
	12	leány	12·9	9·25	8·7	7·9	10·9	36·04	32·5	29·5
	22	összes	12·9	9·22	8·77	7·95	10·97	36·14	32·62	29·62
X.	70	fiú	13·4	9·5	9·2	8·1	11·47	37·4	33·9	30·5
	66	leány	13·01	9·5	9·1	8·1	11·4	37·4	33·7	30·5
	136	összes	13·20	9·5	9·15	8·1	11·43	37·4	33·8	30·5

A VIII. hóbeli magzatoknak a születés IV. napján átlagos méreteik a következők: A nagy ferdéé 12·34, kis ferde 8·7, a nagy haránt 8·4, kis haránt 7·6, egyenes 10·6, a legnagyobb fejkerület 34·5, nagy fejkerület 31·85 és kis fejkerület 28·75 cm. Nem szerint a legnagyobb és nagy fejkerület méreteit kivéve, a fiuk birtak fölénynyel a leányok felett.

A IX. hóbeli magzatok fejméreteit illetőleg a szülés 4. napján a nagy ferdénél 12·9, kis ferdénél 9·22, nagy haránt-nál 8·77, kis haránt-nál 7·95, egyenesnél 10·97, a legnagyobb fejkerületnél 36·14, a nagynál 32·62, kis fejkerületnél 29·62 cm. volt constatálható.

Nem szerint a nagy és kis ferde átmérőkön kivül a többi mind a fiuk nagyobb voltát mutatá.

A X. hóbeli magzatok átlagja következő: a szülés 4-dik napján: a nagy ferde 13·20, kis ferde 9·5, nagy haránt 9·15, kis haránt 8·1, egyenes 11·43, legnagyobb fejkerület 37·4, nagy fejkerület 33·8, kis fejkerület 30·5 cm. Nem szerint nézve a nagyságot, kiderül, hogy a nagy ferde fiuknál nagyobb, a kis ferde, kis haránt, legnagyobb és kis fejkerület mindkét nemnél egyenlő átlagú, a nagy haránt, egyenes és nagy fejkerület pedig a fiuknál nagyobb méretű.

A VIII., IX. és X. hóbeli újszülöttek fejméretei a szülés VIII. napján.

Hó	Eset	Nem	N. ferde	K. ferde	N. haránt	K. haránt	Egyenes	Fejkerület		
								legn.	nagy	kis
VIII.	8	fiú	12·4	8·8	8·5	7·8	10·8	35·1	32·2	28·9
	5	leány	12·4	8·7	8·4	7·6	10·8	34·1	31·7	29·06
	13	összes	12·4	8·75	8·45	7·7	10·8	34·6	31·95	28·98
IX.	10	fiú	13·13	9·24	8·92	8·05	11·11	36·5	32·9	29·95
	12	leány	13·0	9·2	8·9	8·0	11·2	36·3	32·6	29·8
	22	összes	13·06	9·22	8·91	8·02	11·15	36·4	32·7	29·87
X.	70	fiú	13·45	9·65	9·01	8·20	11·6	37·7	34·17	30·8
	66	leány	13·5	9·6	9·2	8·2	11·5	36·6	33·9	31·3
	136	összes	13·47	9·62	9·10	8·20	11·55	37·15	34·03	31·05

A VIII. hóbeli magzatok fejmérete a szülés VIII. napján következő volt: nagy ferde 12·4, kis ferde 8·7, nagy haránt 8·4, kis haránt 7·6, egyenes 10·8, legnagyobb fejkerület 34·1, nagy fejkerület 31·7, kis fejkerület 29·06 cm. volt. A nagy ferde, egyenes átmérők mindkét nemnél egyenlők voltak; a kis ferde, nagy haránt, kis haránt, legnagyobb és nagy fejkerület a fiuknál volt nagyobb méretű, míg a kis fejkerület a leányoknál.

A IX. hónapban következők voltak a méretek: nagy ferde 13·06, kis ferde 9·32, nagy haránt 8·91, kis haránt 8·02, egyenes 11·15, legnagyobb fejkerület 36·4, nagy fejkerület 32·7, kis fejkerület 29·87 cm.

Az összes méretek itt az egyenes kivételével a fiuknál voltak a legnagyobbak.

A X. hóbeli méretek: nagy ferdénél 13·47, kis ferde 9·62, nagy haránt 9·2, kis haránt 8·2, egyenes 11·55, legnagyobb fejkerület 37·15, nagy fejkerület 34·03, kis fejkerület 31·05. A nagy ferde, nagy haránt és kis fejkerület a leányoknál volt nagyobb méretű, a kis ferde, egyenes, legnagyobb és nagy fejkerület pedig a fiuknál, míg a kis haránt mindkét nemnél egyenlő volt.

Ha összehasonlítjuk a fejméreteket, melyek a szülés első napján nyerettek, azokkal, melyeket a negyedik, illetőleg a nyolczadik napon kaptunk, úgy a következő differentiák ötlenek szemünkbe (e helyett tisztán a VIII., IX. és X. hóbeli magzatoknak méretei tétettek vizsgálat tárgyává, mert a VI. és VII. hóbeli magzatok nem érték meg a 4-dik, illetőleg nyolczadik napot s így e napokról mérések nem voltak eszközölhetők):

A VIII. hóból levő magzatoknál a nagy ferde I. napon 12·16, IV. napon 12·4 és VIII. napon 12·4 cm.-t mutatott. Itt tehát az első naptól kezdődőleg növekedett ezen méret a IV. napig s ott úgy látszik, megállapodott, mert a VIII. napon egyméretű a IV-dikével.

A kis ferde I. napon 8·68, IV. napon 8·7, VIII. napon 8·75 cm.

A nagy haránt I. napon 8·34, IV. napon 8·4, VIII. napon 8·4 cm.

A kis haránt I. napon 6·56, IV. napon 7·6, VIII. napon 7·6. Az egyenes I. napon 10·35, IV. napon 10·6, VIII. napon 10·8.

A legnagyobb fejkerület I. napon 34·4, IV. napon 34·5, VIII. napon 34·6 cm. A nagy fejkerület I. napon 31·2, IV. napon 31·85, VIII. napon 31·95. A kis fejkerület I. napon 28·7, IV. napon 28·75, VIII. napon 28·98 cm.

A mint tehát ezekből láthatni, a kis ferde, egyenes átmérők, valamint a legnagyobb fejkerület, nagy és kis fejkerület folytonosan haladólag nőttek és a nyolczadik napon leg-

*

nagyobb méretűek voltak, míg a nagy haránt, kis haránt, hasonlóan a nagy ferdével csak a IV. napig haladólag nőttek és a nyolczadik napon a IV. napi méretekkel azonosak voltak.

A IX. hóbeli magzatoknál az első napon a nagy ferde 12·7, a negyediken 12·9, nyolczadikon 13·06 volt.

A kis ferde első napon 9·05, negyediken 9·22, nyolczadikon 9·22.

A nagy haránt első nap 8·75, negyediken 8·77, nyolczadikon 8·91 cm. A kis haránt első nap 7·9, negyediken 7·95, nyolczadikon 8·02.

Az egyenes első nap 10·85, IV. napon 10·97, VIII. napon 11·15.

A legnagyobb fejkerület I. napon 35·75, IV. napon 36·14, VIII. napon 36·4. A nagy fejkerület I. napon 32·4, IV. napon 32·62, VIII. napon 32·7. A kis fejkerület I. napon 28·9, IV. napon 29·62, VIII. napon 29·87.

Ezekből is kitünik tehát, hogy az összes fejméretek, a kis ferde kivételével, mely nyolczadnap csak a negyednapi méretet mutatta, a nyolczadik napig fokozatosan nőttek.

A X. hóbeli viszonyokat nézve a következőket constatálhatjuk: a nagy ferde első napon 13·3 cm., IV. napon 13·3, VIII. napon 13·47 cm.; a kis ferde I. napon 9·45, IV. napon 9·5, VIII. napon 9·61.

A nagy haránt I. napon 8·95, IV. napon 9·15 és nyolczad nap 9·10 cm. A kis haránt I. napon 8·04, IV. napon 8·1, nyolczad nap 8·2.

Az egyenes első napon 11·35, IV. napon 11·43, VIII. napon 11·55 cm.

A legnagyobb fejkerület I. napon 37·15, IV. nap 37·4 és nyolczad nap 37·15. A nagy fejkerület első napon 34·05, negyedik nap 33·8, VIII. nap 34·03. A kis fejkerület I. nap 30·35, IV. nap 30·5, VIII. nap 31·05.

A nagy ferde itt a 4-dik napig nem nőtt, hanem csak a negyedik nap mulva. A kis ferde, épen úgy a kis haránt, valamint az egyenes átmérő és a kis fejkerület fokozatosan nőttek a 8-dik napig. A nagy haránt a 4-dik napig nőtt és azontúl nem hogy nőtt volna, hanem kisebbedett. Ép ezen viszonyt mutatta a legnagyobb fejkerület is. Egészen sajátlagos viszonyt mutat a nagy fejkerület, mely a szülés első napjától kezdődőleg nem hogy nőtt volna, hanem ellenkezőleg kisebbedett.

Bäckernél, a ki csak 2-szer végzett méréseket, a szülés első és nyolczadik napján, hasonlóképen találjuk, hogy szülés közben a fejnek minden része szenved, mert innen fejthető meg, hogy miért mutatnak majdnem az összes méretek úgy a negyedik mint a nyolczadik napig tartó fokozatos növekedést.

A nagy haránt és ez alkalommal a legnagyobb fejkerület is történetesen azt mutatta, hogy ezen átmérő a nyolczadik napon kisebb, mint a negyedik napon. Hogy ez honnét van, annak biztos megfejtését nem adhatom, de lehet, hogy Olshausennek igaza van, midőn azt mondja, hogy a nagy haránt az, mely szülés alatt legtöbbet szenved.

Ha áll ez, akkor lehet, hogy mert épen legtöbbet szenved szülés alatt, szülés után, midőn felszabadul a nyomás alul, rohamosan kezd nőni. Midőn azonban eredeti nagyságát elérte, mely valószinüleg már a negyedik nap előtt beáll, az esetleges túlnövés visszafejlődik.

Azon körülményből, hogy egyes méretek negyedik nap már nagyobbak is, mint nyolczadik nap, gondolom szabad következtetnem, hogy a szülés utáni negyedik napon a fej már elérte szülés előtti alakját, és ez lehet, mert ha pl. a fejdaganat a szülés utáni első 48 óra mulva eltünhetik, miért nem volna képes a fej már a negyedik napon rendes alakját elérni? Teljesen osztom Bäcker, Budin, Perlis és mások abbeli nézetét, hogy arra, hogy a fej rendes alakját elérje, időnek kell elmulni és hogy ez nem következik be az első 24 óra alatt, de ép a fentiekből következtetem, hogy a negyedik napon már bekövetkezik.

Hogy ez honnét van, hogy a nagy fejkerület a szülés után közvetlenül nagyobb, mint a negyedik napon, annak megfejtését nem adhatom; nem óhajtok bizonytalan hypothesiseket felállitani és csak érdekes tény gyanánt felemlitem.

Ha még azt nézzük, hogy milyen a viszony a fiuk és leányok méretei között, akkor constatálhatjuk, hogy a legtöbb méretnél a fiuknál van a fölény.

(Folytatása következik.)

Szemelvények a budapesti Stefánia-szegénygyermekkórház casuistikájából.

Közlik: *Berend Miklós* dr., kórházi első segédorvos és *Preisich Kornél* segédorvos.

(Folytatás.)

A gyermekkorban előforduló szivbántalmak elég jelentékeny számát csaknem fele részben congenitalis eredetre vihetjük vissza és csak másik fele része marad olyan, melyet már az extrauterin életben rheuma, fertőző bántalom vagy más ok következtében létrejöttnek kell tartanunk. Ez alkalommal kórházi beteganyagunk csak érdekesebb, észlelés alá ritkábban kerülő részének feldolgozását tüztük ki feladatunkul, czért e helyen főleg a veleszületett szivbántalmakkal fogunk foglalkozni.

Betegeinknél a veleszületett szivbántalom elég ritka (1895-ben 13,620 betegre 23 eset). Ha az arányszámot, mely 0·16%-ot tesz ki, mérlegelés tárgyává teszszük, úgy ezt relative kedvezőnek kell mondanunk; hiszen *Guttmann* állítása szerint átlag 100 újszülöttre esnék egy szivdefectus. Nem szabad azonban ezen feltevést kiindulásunk alapjául vennünk, már csak azért sem, mert észlelésünk anyagát, mint emlitők, csak csekély számmal képezik egész fiatal csecsemők, már pedig a veleszületett szivbántalmaknak egy nagy része olyan természetű, hogy az extrauterin életet vagy teljesen lehetetlenné teszik (főleg atresiák), vagy csak napokra, talán hetekre engedik terjedni. Másrészt azonban nem hagyható figyelmen kivül, hogy veleszületett szivbántalom akárhányszor tünet nélkül állhat fenn és létéről tudomást nem szerezhetünk.

A veleszületett szivbántalmak, jobban mondva szivanomaliák kétfélék, ha azoknak képződési viszonyait veszszük tekintetbe, és pedig 1. fejlődésiek és 2. lobosodásból, foetalis endocarditisből eredők; a kettő azután többnyire egymással complicálódik, miután fejlődési hiány szivbelhártyalobra praedisponáló momentumot képez.

A veleszületett hiányok a szív minden részét illethetik, a bonyolult fejlődési viszonyok ezt könnyen teszik érthetővé; de az, hogy miért fordulnak elő gyakrabban a jobb szivfélen mint a baloldalin, ennek magyarázatául csak hypothesisek vannak és meg kell elégednünk azzal, hogy erre nézve a jobb szivfél praedilectionalis, mint a hogy extrauterin életben endocardialis lobos folyamatokra a bal szív az.

Rauchfuss bizonyitékai szerint endocarditisre az intrauterin életben egyenlő mértékben disponál mindkét szivfél, csak a jobb szíven gyakrabban előforduló fejlődési hiányok teszik ezen szivfélen gyakoribbá a szívbelhártyalob fellépését.

A fejlődési rendellenességek a szíven, alakjukra, illetve megjelenésük helyére nézve *Rauchfuss* felosztását követve következők lehetnek:

1. Gyomrocssövény hiányossága, 2. pitvarsövény hiányossága, mindkettő külön complicálva lehet fejlődési rendellenességekkel a nagy edények részéről, 3. a Botall-féle verőeres vezeték időelőtti elzáródása vagy nyitvamaradása, 4. a tüdőütér szükülete vagy elzáródása, melyeknek különböző alakjai vannak, a gyomrocssövény állapota szerint, mely zárt vagy nyitott lehet, 5. a jobb visszeres szájadék és billentyűinek rendellenessége, 6. a szív vagy edényeinek transpositiója, 7. a függőér és a bal visszeres szájadék rendellenességei.

Ezeknek egyszerű felsorolása után, klinikai jelentőségük, symptomáik, diagnosis és prognosisukkal rövidebben végezhetünk, mintha egyenként vennők őket elő, mely esetben ismétlésekbe kellene esnünk. Meg kell azonban jegyeznünk,

hogy a lehetőségig egyszerű eseteket tartunk szem előtt, a pulmonalis stenosisnál persze figyelembe véve a leggyakoribb complicatiókat a sövény és a nagy edények részéről.

A pitvarsövény defectusaitól eltekintve, bár ezek csak igen ritkán fordulnak elő önmagukban, minden egyéb felsorolt szivanomalia pathognomonikus tünete a cyanosis, a mely magában véve gyakran már elegendő ahhoz, hogy a diagnosist általánosságban felállitsuk.

Ha azt halljuk például, hogy a beteg első légvétele óta cyanotikus, vagy olyanná lesz sirásnál, erőlködésnél, vagy hogy a legegyszerübb légzésszervi bántalmaknál nála cyanosis tartósan mutatkozik, akkor első sorban congen. szivbántalomra kell gondolnunk és ezen a vizsgálat további menetére irányt jelző tünet megismerése után, kérdezősködés útján, a congenitalis szivbántalmakra elég jellemző egyéb jelenségekről is gyakran kaphatunk felvilágositást, milyenek a fázékonyság, restség, álmosság, izomgyengeség, renyhe testi és szellemi fejlődés, fuldoklás, ájulási rohamok stb.

Szemlélés és tapintás által győződhetünk meg gyakran, a hüvös végtagokról, a dobverő ujjakról, a pangás egyéb jelenségeiről, szivdobogásról, szivesúcs, illetve szivlökés minőségéről. Igen elterjedt szivlökés van pl. a tüdőütér szájadék szükületénél, a hol tulajdonképeni szivesúcslökés hiányzik is.

Ezek után a szív tompulati viszonyait állapitjuk meg; ezeket ott fogjuk megváltozottaknak találni, a hol a szív egyik vagy másik részének vérrel való túlterheltetése tágulatot, később következményes túltengést hoz létre, ehhez pedig a 2. és 6. számok alatt megnevezett bántalmak kivételével a többi rendesen szokott vezetni; még pedig: a jobb szív tágulata és túltengése és ennek megfelelőleg a tompulatnak megnagyobbodása jobbfelé 1. a gyomrocssövény defectusainál, 2. a Bottal-féle verőeres vezeték nyitva maradásánál, 3. a tüdőütér vagy bal visszeres szájadék szűkülete vagy billentyűinek elégtelensége esetén lesz jelen. A bal gyomrocsot illetik pedig ezen elváltozások, ha a jobb visszeres szájadék szűkülete vagy elégtelensége, vagy aorta-szűkület van jelen.

A Botall-féle verőeres vezeték nyitva maradásánál jellegzetes a szegycsont bal szélén felül található tompulat, melyet e helyen a tágult tüdőütér ad.

Hallgatódzással fogjuk azután a szivbántalom diagnosisát biztossá tenni, ezzel fogjuk egyszersmind localizálni a bajt és minősiteni defectusra, szűkületre, insufficientiára avagy atresiára. Itt is ki kell vonnunk a pitvarsövény nyitott voltát és a nagy edények transpositióját, mint olyan anomaliákat, melyek ily irányú tüneteket rendesen nem adnak.

Hallhatunk a szív fölött, mint pl. a csúcsán, basisán vagy akár az egész szív fölött, tegyük fel 1. systolikus zörejt. Ilyet hallunk tényleg a gyomrocssövény defectusainál, punctum maximuma bizonytalan, jellemző azonban az, hogy a carotisokba tovább vezettetik és ezen momentum képezheti a differential diagnostikus jelt tüdőütér szükülettől, melynél a systolikus zörej, legerősebben ennek szájadéka helyén hallható és a nagy edényekbe tovább sem vezettetik, de viszont gyakran azon sajátsággal bir, hogy a háton is, még pedig főleg baloldalt jól hallható. Ha a tüdőütér-szükületnek megállapitása után még oly systolikus zörejt hallunk, mely a nagy edényekbe vezettetik, akkor a gyomrocssövény-defectussal való complicatio is biztos.

Systolikus zörej hallható a sternum felső részén baloldalt a Botall-féle verőeres vezeték nyitva maradásánál, ezen systolikus zörej gyakran a diastoléba húzódik át. (Jellemző a fentebb emlitett tompulati eltérés.)

Systolikus zörej van végre a jobb visszeres szájadék billentyűinek elégtelenségénél, ennek is a tüdőütér-szükületétől való megkülönböztetésére a tompulati viszonyoknak szemmel tartása vezet.

A bal szív bántalmai sem igen jöhetnek itt szóba azért, mert ezeknél zörejek legtöbbnyire hiányoznak, a szivhangok tiszták.

2. A diastolikus zörejjel egész röviden végezhetünk, mert igen ritkán észlelhető jelenség.

Előfordul a Botall-féle vezeték nyitva maradásánál mint zörej, mely a systoléból húzódik át a diastoléba, és theoretice a jobb visszeres szájadék szükületénél, melyet azonban nem ezen zörejből, hanem inkább mint az insufficientiát kisérő jelenséget szoktunk diagnostizálni.

Nagyobb jelentősége van a diastolikus hang ékeltségének, mely a gyomrocssövény, valamint a Botall-féle vezeték nyitva maradásánál a tüdőütér fölött erősen hallható.

Egyéb egyes szivbeli rendellenességekre jellemző tünetekként a következőket tartjuk érdemesnek a felemlitésre: Tüdőütér-szükületnél, hosszabb élettartam alatt fejlődő dobverőszerű ujjak, a nagy edények transpositiójánál atelectaziák és hogy itt az igen nagyfokú cyanosis daczára légszomj nem igen észlelhető; aorta-szükületnél collateralis vérkeringés fejlődik ki.

Az elmondottakban a diagnosis megállapitásánál irányt adó momentumokat főbb vonásaikban felsoroltuk, persze más és más tünetekkel fogunk találkozni oly esetekben, a hol a veleszületett defectusok folytán endocarditis, ennek következtében szájadék- és billentyűmegbetegedések keletkeznek, ezek pedig a compensatio tökéletesitésére újabb defectusokkal complicálják az eredetileg egyszerű szivdefectust. Ezen esetekben azonban pontos diagnosis többnyire fel nem állitható.

A diagnosis megállapitása után állitható fel a beteg élettartamára vonatkozó prognosis, miután erre nézve a congenital szivbántalmak gazdag casuisticájából becses, jól értékesithető adatokkal rendelkezünk. Szem előtt kell persze tartanunk mindig a compensatio tökéletességének fokát és hogy szivbelhártyalob, melynek keletkezését a defectus oly nagy mértékben elősegiti, nincs-e jelen.

A gyomrocssövény defectusánál az élettartam többnyire egy éven belül van, de vannak egyének, kik vele 20—30, sőt 36 évig is élélnek (Guttmannak egy esete).

Pitvarsövény nyitva maradása, a mint legtöbbször tüneteket nem okoz, úgy sokszor az élettartamot sem igen befolyásolja.

A Botall-féle verőeres vezeték nyitva maradása mellett, mely igen ritkán előforduló rendellenesség, az illető egyének sokszor a férfikort is túlhaladják, többnyire azonban már a gyermekkorban halnak el.

A tüdőütér szükületnél a complicatiók szerint az élettartam igen változó. Septum defectus kiséretében 30—40 évig elélhetnek a betegek, többnyire azonban a 20-dik évet túl nem érik; magasabb életkor fordul elő egyszerű esetekben, egyéb complicatióknál ellenben csak napokra, hónapokra vagy legfeljebb nehány, 2—5 évre terjed az életben maradás.

Meglehetősen magas életkort érhetnek el, még pedig nevezetesebb tünetek jelentkezése nélkül, bicusp. insufficientiában szenvedő egyének; Wilks ezt úgy magyarázza, hogy az egész edényrendszer a bántalomhoz accomodálódik.

A nagy edények transpositiója és még inkább az aorta szájadékának szükülete, az életnek igen korán határt szabnak, a legtöbb eset egy éven alul, néhány napos vagy hetes korban pusztul el.

Nem igy áll a dolog az aorta veleszületett szükületénél, melynél idővel collateralis keringés fejlődik, mely annyira pótolhatja az aortát, hogy ily egyéneknél 34 évet tekintenek középéletkor gyanánt.

A veleszületett szivbántalmak gyakoriságukra talán igy következnek egymás után: gyomrocssövény defectus, tüdőütér-szükelet, pitvarsövény hiányossága, nagy edények transpositiója, aorta szükülete, jobb, illetve bal visszeres szájadék anomaliái, végre a Botall-féle vezeték nyitva maradása.

Az 1895. évben látott 23 eset közül 6 jutott kórházi észlelés alá és ezek közül 3 halt meg, utóbbiak közül egy különösen érdemes arra, hogy vele hosszasabban foglalkozzunk. Az eset a következő.

Augusztus 27-dikén hozatott kórházunkba M. Teréz, 18 hónapos leányka, azon panaszszal, hogy hosszabb idő óta étvágytalan és kora daczára még járni nem tud. A szülők csekélyfokú intelligentiája folytán a kórelőzményből egyéb megtudható nem volt. Kórtörténetéből a fontosabbakat következőkben reproducáljuk:

A korához képest gyengén fejlett gyermek csontrendszere nagyobbfokú rhachitikus elváltozásokat mutat. Bőr, de különösen az ajkak

és látható nyákhártyák színe szederjes kékes. Izomzat és bőralatti zsírpárna igen kis térfogatú. Mellkas gyengén fejlett, a szegycsont mellfelé erősen kiáll. Légzésnél a két mellkasfél egyenlő kitéréseket végez. Tüdőhatárok rendesek, kopogtatási viszonyai normalisak. Szívtompulat rendes nagyságú, szívcsúcslökés közel a bimbóhoz a negyedik bordaközben tapintható, szétterült.

Hallgatódzásra a tüdők fölött nagyszámú hurutos zörejek constatálhatók.

Az egész szív fölött fúvó jellegű zörej hallható, mely a nagy edények fölött sem szünik meg és a szív systoléjával esik össze.

Ezen zörej legerősebben a sternum bal szélén a második és harmadik borda között, tehát a tüdőér szájadéka fölött hallható. Pulsus kissé feszes, nem szapora, rythmikus.

Has puffadt, fölötte váltakozva dobos a kopogtatási hang; nyomásra kissé fájdalmas.

Felvételkor a gyermek láztalan.

Kórházban tartózkodásának első hetében csak annyit lehetett a gyermeken észlelni, hogy a zörej intensitásra nem volt mindig egyforma, a zörej időnként el is tünt, a cyanosis sírásnál és erőlködésnél fokozódott. Gyakori híg nyákos székletét volt jelen, mely diaeta és gyógykezelés daczára makacsul fennállott.

A gyermek folyton gyengült. Következő hetekben a szívbeli zörej nem volt hallható, a szívműködés időnként felmagasztalt volt. A hasmenéshez végbél előesés társult, az előesett végbélen fekélyződések. Egy ideig esteli alacsony lázak, később ugyanezek elmaradtak, de a gyermek rohamosan gyengült, pulsusa kis hullámú, szapora lett, végre szeptember 30-dikán az exitus bekövetkezett.

A klinikai diagnosis a jobb verőeres szájadék szűkületére tétetett, mely a gyomorcssövény hiányosságával van complicálva,

Általánosságban a congenitalis szívbántalom gyanuját a hörghurut által még nem magyarázott cyanosis, a gyermek kora és a rhachitis levonásával a gyenge fejlettség keltették fel. Tompulati eltérést nem találtunk; hallottunk azonban egy systolikus zörejt punctum maximumával a tüdőütér szájadéka fölött és egy igen hasonló hangzású, de gyengébb zörejt a nagy edények fölött, előbbiből a pulmonal stenosisra, utóbbiból a gyomorcssövény nyitva maradására következtettünk. Nem tökéletesen tisztázott, egyéb anomaliák által is complicált esetnek kellett azonban az előttünk fekvőt tartanunk, miután a cyanosis aránylag csekélyfokú volt, jelentékenyebb pangás, a minőt vártunk volna, nem volt jelen, így pl. nem a különben charakteristikus dobverő ujjak, de a következményes szívtompulati eltérés is hiányzott.

A sectio, melyet Kelen dr. végzett, ezeknek okát kiderítette és diagnosisunkat, valamint feltevésünket teljes mértékben jogosultnak bizonyította. A kórboncztani diagnosis következőképen hangzik:

Foramen ovale apertum, defectus cong. partis membranacei septi ventriculorum. Transpositio originis aortae dilatae et hyperplasticae ad ventriculum dextrum. Hypoplasia art. pulmonalis. Hypertrophia ventriculi cordis dextri. Foci atelectatici pulmonum, tuberculosi chronico bronchialium affectorum. Tuberculosis glandularum lymphaticarum, bronchialium et mesaraicarum. Hyperaemia et oedema cerebri cum hydrocephalo chronico interno. Macies universalis. Cyanosis.

A bonczjegyzőkönyvből pedig a bennünket különösen érdeklő részeket következőkben adjuk:

Bőr, körmök, ajkak szederjes kékek. Lágy agyburkok visszerei erősen teltek, agygyomrocsokban körülbelül 25 gm. t. s. savó.

Szívburok üreiben pár csepp t. s. savó, szív kivált harántirányban megnagyobbodott, jobb és bal felében összehúzódott. A szívcsúcsot a jobb gyomrocs egyedül képezi s a bal gyomrocs a szívnek mintegy appendixéhez hasonlít. A szív hosszátmérője körülbelül 6 cm. a pitvarokkal együtt, legnagyobb haránttátmérője ugyanannyi. A szív falzata baloldalt körülbelül 8 mm. vastag a papillaris izmok nélkül, a jobboldali körülbelül 15 mm. A szívizomzat húsvörös, közép vértartalmú, közép tömött. A gyomrocsok üreiben kevés, a jobb pitvar üreiben igen sok lazán alvadt vér. A pitvarsövény közepén a for. ovale-nak megfelelőleg körülbelül két lencsényi kitérjedésű anyaghiány van. A bi- és tricuspidalis billentyűk középhosszúak, transparensek. Az ínhúrok közepesen megfeszültek, a papillaris izmok kivált jobboldalt megvastagodottak.

A gyomorcssövény felső hátulsó ú. n. hártyás része egy lencsényi lik által közvetíti a közlekedést a jobb és bal gyomrocs között.

Az art. pulmonalis eredési helyéhez az elülső bicuspidalis billentyű s a gyomrocsfal között juthatni, innét halad tovább; felmetszve körülbelül 8 mm. kerületű. A pulmonalis mindenütt az aorta által fedve.

Az aorta a pulmonalis beszájadzási helyétől jobboldalt, a jobb gyomrocsból veszi eredetét, a gyomorcssövényen levő likkal átellenben, kerülete felmetszve körülbelül 35 mm. Billentyűi középhosszúak, rugalmasak, transparensek. Belfelületük síma, tükröző.

Nézzük ezek után, hogy ezen boncztani viszonyok miként adták a klinikai észlelés által nyert tüneteket.

Vegyük első sorban a tompulat nagyobbodás hiányát, a jobb gyomrocs tágulata és igen erős túltengése daczára; ez abból nyerheti magyarázatát, hogy a bal szív a rendesnél sokkal kisebb volt s így az egész szívtompulat nagysága nem igen szenvedett változást, a mennyivel talán mégis szélesebb volt a szív, az a mellkas deformitása folytán teljesen elkerülhette a figyelmet.

A zörejes systolikus hang magyarázata megvan.

A szívbeli vérkeringésnek az ennyire változott viszonyok mellett szintén lényegesen meg kellett változni; ennek menetét az előrebocsáttottak után oly módon lehet elképzelni, hogy a jobb gyomrocs, miután a Botall-féle verőeres vezeték zárva volt és ezen az úton a vérkeringés ki nem egyenlítődhetett, a bal gyomrocsot működésében segítette és a septum defectuson keresztül a pulmonalisba is hajtott vért. A közbelépő hörg- és bélhurut képesek voltak az igen gyengén fentartott egyensúlyt tartósabban megzavarni; azelőtt csak sírásnál vagy erőlködésnél jelentkezhetett a cyanosis, a midőn a szülők figyelmét kikerülte.

Az elmondott a ritkábban észlelt esetek közé tartozik, már azért is, mivel ilyen anomaliák mellett a gyermek $1^1/_2$ éves lett, holott hasonló esetek, az irodalomból ismertek szerint, $^1/_2$ éves koron belül haltak el.

A másik, szintén kórházunkban elhalt esetnél, hol a bántalom M. V., egy éves leánykát illetett, a klinikai diagnosis tüdőütér-szűkület és gyomorcssövény nyitva maradása volt. A tünetek elég kifejezettek voltak; catarrhalis tüdőlob és bélhurut okozták a halált.

A kórjelzés helyességét a kórboncztani lelet bizonyította; érdekes volt az, hogy a gyomorcssövényen három hiány volt, még pedig mellső, hátsó és alsó részletében.

A harmadik észlelt és elhalt esetünk bonczolható nem volt. H. O., 8 éves leánygyermeknél a tüdőütér-szűkületnek és ebből folyó incompensatiónak minden tünete jól volt észlelhető. Igen erős cyanosis, dobverő ujjak. Szívtáj fölött tapintható systolikus surranás, szívtompulat megnagyobbodása, tüdőütér fölött legerősebben hallható systolikus zörej, mely a háton is jól kivehető, a nagy edényekbe tovább nem vezettetik. Imconpensatio tünetei között csakhamar elhalt.

Congenitalis szívbántalomnak csak gyanuja forgott fenn egy két éves fiucskánál, ki torokdiphtheriával és crouppal hozatott kórházunkba és itt rövid idő alatt meg is halt. A szív fölött néha hallható zörej engedte meg a gyanut, egyéb tünet hiányzott. A sectio önmagában fennálló septum defectust derített ki a gyomorcssövény hátsó részében, melynek szélein az endocardium mindkét gyomorcsban erősen vastagodott és opák volt, egyéb elváltozás az egész szíven nem volt jelen.

A mint emlitettük, a nyilvános rendelésen jelentkezett összes szívbajosok száma 50 volt, ezek közül 23-nál volt a bántalom congenitalis, pontosabb diagnosis ezek közül csak egynehánynál volt megállapítható, a mi érthető, ha tudjuk, hogy a compensatio tökéletességének foka szerint a tünetek változnak és ennélfogva a bántalom localizálása czéljából egyszeri látás sokszor nem elegendő, ahhoz hosszabb észlelés szükséges.

A congenitalis szívbajosok közül korra nézve

1 éven aluli volt	. . .		5
1— 3 évig	. . . .	volt	6
3— 7 „	. . . .	„	7
7—14 „	. . . .	„	5

nemre nézve pedig fiú volt 9, leány 14.

Ezzel szemben az extrauterin lobos eredetű szívbántalmak viselőinek száma kor és nem szerint a következő volt:

3— 7 év között			4
7—14 „	„		23

fiú 10, leány 17.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Közkórházi orvostársulat.

(IX. bemutató szakülés 1897. szeptember 15-dikén.)

Elnök: **Verebélyi László**; jegyző: **Tihanyi Mór.**

A meningitis cerebrospinalis epidemica gyógyítása.

Ángyán Béla: A meningitis cerebrospinalis epidemica therapiájában használatos eljárások (érvágás, vérelvonás, hideg alkalmazása, különböző hőfokú fürdők, narcotikus szerek, lumbalis punctio stb.)

ismertetése után áttér az általa követett eljárás ismertetésére, mely jégtömlő állandó alkalmazásában és sublimat bőr alá fecskendezésében áll. Összesen 27 beteget kezelt ilyen módon, kik közül 19 = 70·37% gyógyult és 8 = 29·63% meghalt. Az injectiókat a betegek általában jól tűrték; a 2—3-dik befecskendés után a beteg eszmélete tisztult, az izgalmi tünetek csökkentek, a fejfájás enyhült, a betegek aludni képesek; az 5—6-dik injectio után az eszmélet teljesen visszatért, az alvás nyugodtabb, hosszabb; a 7-10-dik befecskendésre a tarkó- és gerinczmerevség enged vagy teljesen megszűnik, épp így a láz is.

A betegség időbeli lefolyását a sublimat-injectiók — úgy látszik — nem képesek megváltoztatni, de a lobtermény képződését korlátozzák; erre utalnak azon esetek, melyeknél a 2-dik vagy 3-dik héten bekövetkezett halál után a bonczolat kevés lobterményt talált az agy és gerinczagyon s ez is inkább rostonyás s kevésbbé genyes volt. (Az előadást egész terjedelemben lapunk más helyén fogjuk közölni).

Hochhalt Károly: Előadó sublimat-injectiós kezeléséhez nem szólhat, mert ez irányban nincsenek eddig tapasztalatai, de megkisérlette az *Aufrecht*-féle 40° C. meleg fürdőket, s ezeket illetőleg csak kedvezőtlenül nyilatkozhatik. A fürdők után következő bő izzadás a beteget szerfelett gyengíti, sőt kimeríti, a bántalom acuitására pedig befolyással nincsen. Hasonló áll a meleg vizes lepedők alkalmazására nézve. A lumbalis punctióra vonatkozólag nem osztja Fürbringer azon nézetét, hogy veszélyes esélyekkel állhatunk szemben. A javaslatokat illetőleg azt hiszi, hogy meningitis cerebrospinalis acut időszakában a punctio, mint curativ eljárás, csak ritka esetben lesz előnyös, ellenben annál inkább javalt az exudatio előhaladottabb stadiumában, főleg ha hydrocephalus fejlődött. Egy esetéről kiván megemlékezni, hol a gyógytartam 10 hónapot vett igénybe, s a hol punctio útján a kórlefolyást valószínűséggel rövidíteni lehetett volna, noha a tüneti kezelés is czélhoz vezetett. A 45 éves asszony mult év október hó 23-dikán vétetett fel cerebrospinalis meningitis kifejlődött tüneteivel. A láz 4 hétig tartott, majd folytonosan alábbhagyó volt. Tarkógörcs, rhachialgia, folytonos heves fejfájás, hányás, álmatlanság uralták a kórképet; azonkivül küteg, herpes labialis, néhány izület savós ömlenye, kétoldali neuropapillitis és nehéz hallás volt jelen. Az areotympanalis vezetés lényeges csökkenése mellett hyperacusis dolorosa forgott fenn, az erősen hangzó hangvilla behatására mindannyiszor hányás jelentkezett, s mindkét n. acusticus és labyrinth súlyos affectiója volt constatálható. Az ekkor diagnostikus czélból végrehajtaott punctio kórismét megerősítette, mert az agárra oltott streril cerebrospinalis folyadékból már 24 óra mulva harmatcseppszerű coloniák fejlődtek, melyek diplococcus lanceolatusnak voltak felismerhetők. 4 hét mulva a lázak végleg megszüntek, de baloldali torticollis, nictitatio capitis, s a jobb kéz tremora maradtak vissza, e mellett naponként többszöri hányás, merev nézés, szédülés, értelemcsökkenés még sokáig állottak fenn. 8 hónap mulva majdnem teljes gyógyulás következett be, higanybedörzsölések és folytonos jodkali alkalmazása mellett.

Perémi Dezső: Az 1895—6—7. években a rendőri kórházban 3, praxisában pedig 1 meningitis cerebrospinalis esetet észlelhetett a bántalom kifejezett klinikai tüneteivel; ezek közül 3 esetben alkalmazott sublimat-injectiókat. Egy felnőtt férfi betegsége 4-dik napjáig 2 befecskendést kapott, de semmi eredményt sem látott nála, mert bajának 4-dik napján meghalt. Egy 17 éves lakatos tanulónál a tünetek 5 befecskendésre megszüntek, s a beteg felgyógyult; hasonlóképen a praxisában észlelt 3 éves kis leány is. A sublimat egyszeri adagja 1, illetve 0·5 centigramm volt. Ezekből természetesen nem akarja a „post hoc ergo propter hoc“ elvét kimagyarázni, mert hisz szóló egy 5-dik észlelt esetében teljesen exspectativ eljárás mellett is látott tökéletes gyógyulást bekövetkezni.

Még csak a sublimat alkalmazásának módjára teszi a következő megjegyzést: mivel Ángyán tanár előadása szerint a sublimat mint bactericid szer is kifejtheti gyógyhatását, nem volna-e czélszerűbb egyszerre nagy adagban alkalmazni, a mint ezt a luetikus egyének kezelésénél is teszszük, a hol hetenként 5 centigrammot fecskendünk be intramuscularisan ártalom nélkül, sőt egy esetében igaz, hogy tévedésből 10 centigramm sublimatot is fecskendezett be egyszerre minden legkisebb rossz következés nélkül.

Gyurman Emil: A vérelvonást illetőleg eddig a *pióczázásnak* mindenkor oly kiváló jó hatását észlelte a beteg subjectiv érzésére, nevezetesen a fejfájásra, kivéve, ha mély comában volt a beteg, hogy mindenkor alkalmazandónak tartja; az általános tünetekre nincs hatása. Különösen felemlítendőnek tartja a *protrahált meleg fürdőket*, melyeket szóló sohasem mulaszt el rendelni, 28° C. vízben 20—30 perczig is elül a beteg. A punctio elé nagy elfogultsággal nézett, de azóta már sokat végzett és azt találta, hogy kellő cautelákkal végezve (nem aspirálva, nem ülő, hanem fekvő helyzetben) nem veszélyes, ha 20 cm^3-t bocsátunk is ki a folyadékból, melynek nagy diagnostikus jelentő-ége van.

Szontagh Félix: 10 év előtt a Stefánia-gyermekkórházban nagyobb járványt észlelt, azóta csak elvétve találkozott úgy kórházi ambulans anyagában, mint magángyakorlatában meningitis cerebrospinalis epidemicával. Szóló azt látta, hogy igen nehéz ezen betegeknél a therapiai intézkedés értékét meghatározni, mert a mint az egyik eset különbözik a másiktól, úgy a gyógyulási százalék is 5—70% között ingadozik. Ezen oknál fogva hiányozván az összehasonlítási alap, nehéz a therapia értékét megitélni. Szóló az újabb eljárásokat kórházi fekvő anyag hiányában nem próbálta meg, csak azt akarja megjegyezni, hogy a *punctiónak* palliativ hatását elfogadja azon esetekben, melyekben agynyomási tünetek vannak. Főértéke a diagnostikus érték. Vérelbocsátásról nincs tapasztalata, de miként Henoch, bizonyos üdítő és enyhítő hatást kénytelen szóló concedálni. Hasonló hatása van, legalább momentán, a *calomelnek* is. A meleg fürdőket nem alkalmazná, mert nem tudja elképzelni, hogy a toxinokat kiszabadító hatás mire való volna, hiszen ilyenek itt nincsenek jelen; a protrahált langyos fürdőket rationalisnak tartja.

Biharmegyei orvos-gyógyszerészi és természettudományi egylet.

(Folytatás.)

1897-dik évi januári szakülés.

1. **Ullmann Béla** dr. „**Diabetes insipidus esete hét éves gyermeknél**“ czímmel tart előadást a beteg bemutatásával.

A 7 éves leánygyermek szülői és testvérei élnek s egészségesek. Multjából említendő, hogy 3 éves korában hökhurutot állott át, melynek megszünte után mindkétoldali nyaki nyirkmirigyei megduzzadtak. Hatodik életévében kanyaróban szenvedett. Jelen betegségét anyja mult év szeptember havában vette észre, a midőn feltünt, hogy a gyermek szomjúságérzete jelentékenyen fokozódott s ennek megfelelőleg nagyobbodott az általa elfogyasztott vízmennyiség és az ürített vizelet. Ekkor igen gyakori vizelési ingerei voltak, úgy hogy éjjel-nappal ügyszólván félóránként kellett vizelnie s minden alkalommal sokat is vizelt. (A napi mennyiség ekkor 4—6 liter volt.) November hó végén a vizelet mennyisége 12 literre emelkedett s azóta állandóan 11—12 liter közt váltakozik. A vizelet vízszinű, fajsúlya 1001, idegen alkatrészeket nem tartalmaz. A mellkasi és hasi szervek vizsgálata negativ eredményt ad, a tengéleti működés is kifogás alan, egyedüli kóros lelet, hogy mindkétoldali lágyéki nyirkmirigyek beszűrődöttek s fájdalmasak. A beteg közérzete jó, csupán torkában érzett szárazságról s fázásról panaszkodik. A beteg testsúlya még az utolsó időkben is változatlan maradt.

Október hóban a betegnél egy intercurrens betegség, heveny gastroenteritis lépett fel, valószinüleg étrendi kihágás következtében, a midőn heves hányás és hasmenés jelentkezett s négy napig tartott. A vizelet napi mennyisége ekkor csaknem normalis volt (egy liter körül), de alig mult el az intercurrens betegség, a vizelet mennyisége ismét 5—6 literrel lett s november hóban 12 literig emelkedett. A tünetek alapján kétségtelen volt a *diabetes insipidus* kórisme.

Természetesen nem transitorius polyuriával van dolgunk, mert már hónapok óta áll fenn. A kóreset annyiban érdemel figyelmet, hogy ritkábban kerül észlelés alá, jóval ritkábban, mint a diabetes mellitus. Az aetiologikus momentumok közül az ismertetett esetben kizárható a hereditas, a központi idegrendszer valamely betegsége (agyrázkódás, koponyasérülés, nyultagysérülés, agydaganat, meningitis, agyvérömleny stb.). Felléphet fertőző betegségek után is (febris intermittens, diphtheria, tüdőlob, vörheny, hastyphus, influenza stb.), de jelen esetben ezen aetiologikus momentum is kizárható. Testi vagy szellemi megerőltetés, ijedés, meghülés, napszúrás stb. sem szerepelnek jelen eset keletkezésénél s így e kérdésben nem dönthet előadó. Az eset prognosisát nem tartja rossznak, tekintettel arra, hogy négy havi betegség daczára az erőállapot nem rosszabbodott és nem lépett fel számbavehető súlyveszteség.

A beteg gyógykezelésénél minden ajánlt szer megkiséreltetett. Chinin, tannin, antipyrin, bromkali, pilocarpin, ergotin, valeriana, kreosot, salicylsavas natron, jodkali, arsen stb., de valamennyi eredménytelenül. A jövőre nézve előadó tervbe vette az állandó áram alkalmazását.

Az előadáshoz először *Berkovits Miklós* dr. szólt hozzá. Szerinte az előadott eset nem mindennapi jelenség. Megérdemli minden esetre a hozzászólást. Emlékeztet arra a controversiára, melyre egy hasonló eset adott évek előtt alkalmat egyletünkben. A most bemutatott eset is kétségtelenül a ritkaságok közé sorolható, a saját tizenkét éves gyakorlatában több esetre nem tud visszaemlékezni. Nem hagyhatja a hallott előadást egyébként sem dicséret nélkül, mert az a kérdést minden oldalról kellően megvilágította. Az eset aetiologiája mégis homályban maradt. Felszólaló azonban azt véli, hogy reátalált egy és más gyanujelre. A leányka a fejlődésben nagyon visszamaradt és hallottunk szólni beszüremkedett nyirkmirigyekről. Ezek benne a tuberculosis gyanuját keltik fel, vagy legalább azt a meggyőződést, hogy scrophulotikus, lymphatikus egyénnel van dolgunk s a kettő közötti viszonyt ismerjük. Természetesen ez csak sejtés, s minden esetre más magyarázat is képzelhető. A prognosist nem tartja oly kedvezőnek, mint előadó, már azért sem, mert tudjuk, hogy legtöbb esetben a baj igen hosszú tartamú s előbb-utóbb beáll az idő, a melyben a szervezet nem lesz képes többé ellentállni. Ily esetben lép azután előtérbe a phthisis fellépésének lehetősége. Az a veszély is fenyeget, hogy idővel a diabetes insipidus mellitussá lesz. A maga részéről is köszönetet mond az érdekes eset közléséért.

Grósz Menyhért dr. visszaidézi a szakülés emlékezetébe, hogy néhány év előtt egy tüneti diabetes insipidus esetet ismertetett. Ő sem tartja a prognosist kedvezőnek, habár ennél is distinguálni kell. Ha a diabetes insipidus alapoka komoly, akkor a lefolyás aggodalomra ad okot. Reá is a bemutatott beteg rhachitikus és lymphatikus egyén benyomását teszi. Az általa egykor bemutatott beteg ma is él. Ennél a diabetes insipidus tüneti előidézője gummás agyalapi meningitis volt, a melynél az alkalmazott therapia bevált s igazolta a diagnosist. A lényeges tehát az alapok. A hol az aetiologikus momentum elháritható, a

csak tüneti diabetes insipidus is megszünik. A mai eset prognosisát nincs ok kedvezőnek feltüntetni.

2. Ezután **Edelmann Menyhért** dr. tart referáló előadást: „Érvágásról“ czimen.

Rövid visszapillantást vetve e műtét multjára, a mely évezredek előtt a történelemnek még homályba vesző korszakaiban véve kezdetét a mai napig fenmaradt, ismerteti annak szerepét már a legrégibb ókor minden népénél. Ez időtől kezdve e gyógyteryező szerepe csorbitatlanul fenmaradt, sőt a századok folyamában növekedett. Csupán évtizedekre terjed az az idő, a melyben jelentőségéből veszitett s utóbb csaknem feledésbe ment. Oly sok visszaélés történt vele, hogy szükségképi ily sorsra kellett jutnia. Ezért hasznos munkát végzett *Krönig* tanár, a midőn a már-már feledésbe ment és csak elvétve használt gyógybeavatkozást ismét actualissá iparkodott tenni, a midőn az orvosvilág egyik legjelentékenyebb testületének színe előtt szót emelt mellette egy előadásban, melyet előadó bő kivonatban ismertetett a hozzáfűződő discussiókkal együtt. *Krönig* előadásának hatása alatt irta *Albu* is tanulmányát ugyane tárgyról s előadó ennek tartalmát is belefoglalta referáló előadásába.

Az áttanulmányozott irodalom alapján előadó megkisérti összefoglaló csoportositásban az érvágás indicatióit ismertetni. E szerint az érvágásnak kétségtelen haszna van az 1. *tüdőlob* oly stadiumában, a midőn a kis vérkör keringésének akadályait akarjuk csökkenteni, 2. a vérkeringési és légzőszerv láztalan megbetegedéseinél hasonló czélból, 3. agyvérzéseknél (intraocularis vérzés, retinitis albuminurica). E felsorolt esetekben, mint láttuk, a kórosan megváltozott vérkeringési viszonyok javitása a czél s az esetek legtöbbjében a szénsav intoxicatio ellen is küzdünk. Ugyan e csoportba sorolhatók még a pneumothorax azon esetei, a melyek a szív eltolatásával s a tüdővérkeringés pangásával járnak.

Talán főkép a vérelvonás útján, lobellenes hatást fejtve ki, jótékony az érvágás: 1. Pleuritisnél, 2. pericarditisnél nagy exudatummal vagy a nélkül, 3. bronchitis capillaris diffusánál, főkép influenza után, 4. bronchitis chronicánál, melyhez hörgtágulat társul, s melynél bronchopneumonikus góczok lépnek fel.

Valószinű azonban, hogy e csoport eseteinél az érvágás használnak magyarázata nemcsak az, hogy a vérelvonás által lobellenes hatást fejtünk ki, hanem a vérkeringés javitásának és a szénsavintoxicatio csökkentésének is jut szerep.

Harmadik csoport a mérgezések csoportja, melynek eseteiben a szervezetbe kivülről jutott mérgek okai a betegségnek. Ide tartoznak: 1. szénoxyd-mérgezés, 2. kénhydrogen-mérgezés, 3. nitrobenzol-mérgezés, 4. anilin-mérgezés, 5. világitógáz-mérgezés, 6. chlorsavas kali-mérgezés és 7. szénsavmérgezés.

Negyedik csoport az autointoxicatiók csoportja, melynél a szervezetben termelt méreg fejt ki káros hatást és mérgezi meg a vért. Ide tartoznak: 1. uraemia, 2. eklampsia.

Némely hypothesis szerint a chlorosist is a mérgezések csoportjába lehet sorolni, de talán ép ez indicatio az, a mely eddig még a legtöbb ellenzésre talált. Végül előadó megemlíti, hogy az epilepsiát is némelyek felsorolják az érvágás indicatiói közt.

Látható ezekből, hogy a betegségeknek jelentékeny sorában lehet az érvágásnak alkalmazása. Első tekintetre ezek minden rendszer nélkül látszanak összecsoportositva, de valamennyiben közös a vérkeringés egy részének zavara, vagy a keringő vér alkatának megváltozása belejutott vagy benne termelődött mérges anyagok által. Lehet, hogy további észleletek alapján ez indicatiókat majd meg kell rostálni vagy esetleg újabbakkal szaporitani, de az változhatatlan tény, hogy vannak betegségek, a melyekben az érvágás jelentékeny, sőt életmentő szolgálatot tehet.

Az előadás után *Révész Vilmos* dr. szólt a tárgyhoz, megemlítvén az önakasztást, mint az érvágásnak egy, előadó által nem említett indicatióját. Egy ily esetben alkalmazva, az önakasztott életét 24 órával meghosszabbította s lehet, hogy előbb alkalmazva, valósággal életmentő lehetett volna.

Konrád Márk dr. elnök is felemlíti, hogy gyakorlatában többször alkalmazott eklampsia eseteiben — a mint azt *Spiegelberg* ajánlotta — érvágást jó eredménynyel. A maga részéről is köszönetet mond a kimerítő előadásért.

Kornstein Lajos dr. tanulmányi éveire hivatkozik, a melyekben a túlbuzgó érvágás elleni reactio élénk volt. Boldogult *Mayer Ágost* dr. kartárs volt az, a ki meggyőzte arról, hogy pneumoniánál az érvágásnak bámulatos hatása van. Azóta maga is alkalmazza hasonló esetekben. Apoplexiánál is kedvező sikerrel alkalmazza. Chlorosisnál, főkép annak súlyosabb alakjainál nem merné alkalmazni.

Kutiák Ágoston dr. is sikerrel alkalmazza tüdőlob és tüdővizenyő eseteiben, bár nem minden esetben jelentkezett a kivánt eredmény. Eklampsia és agyapoplexiánál is hasznosnak tartja.

3. **Ertler Mór** dr. tart előadást „**Az angina lacunaris és a csúz viszonyáról**“ czimen.

Esete egy 26 éves nőre vonatkozik, a kinél angina lacunaris lépett fel magas lázzal és mindkét mandola erős duzzanatával és belöveltségével. A piros mandolákon számos szürkés-fehér petty, a lacunákból eredő exsudatum. Duzzadt és vörös a nyelvcsap és a hátsó garatfal is. Az észlelés negyedik napján a betegség már csaknem teljesen visszafejlődött. A következő napon azonban a beteg ismét lázas lett, végtagjaiban fájdalmak jelentkeztek, sőt közelebbi vizsgálatnál sokizületi csúz jelenségei találtattak. Főkép a nagy izületek a legcsekélyebb nyomásra igen fájdalmasak voltak. Néhány napi kezelésre — antirheumatikus gyógymód útján — az állapot javult és csak itt-ott, majd a kéztőben, majd a bokaizületben vagy térdizületben volt a fájdalom érezhető. Az egész betegség alatt azonban az izületek alakváltozást nem mutattak.

Előadó esete ismertetése után a toroklob és csúz viszonyát világitja meg és a kérdés bacteriologiai vonatkozásait is elemezi, megemlítvén, hogy a tünetek alapján a toroklob jelzett alakját fertőzőnek kell tartanunk, bacteriumok, streptococcus, staphylococcus pyogenes, pneumococcus stb. által előidézve. A fertőzés kapuja lehet az orr nyákhártyája vagy lehet a garat. Ily úton metastasis folytán léphet fel azután lobos bántalom távolabbi szervben, így az izületben is. Ezt az is igazolhatja, hogy acut izületi csúz eseteiben is a bacteriologiai vizsgálat a fenn felsorolt bacteriumok jelenlétét mutatta ki. Igy történhetik, hogy egy csekély jelentőségű angina lacunaris vezeti be az azután jelentkező sok izületi csúzt.

Az előadás kapcsán *Révész Vilmos* dr. egy esetről emlékezik meg, melynek lefolyása figyelmet érdemel. Az eset egy gravidára vonatkozik, kinél egy napon tonsillo-pharyngitis lépett fel. A nő közben szült, de a mandola-toroklob, ha javultan is, tovább fennállt. Néhány nap után a betegnél óriási fülbántalom jelentkezett, azután genyes kifolyás. A betegség további fejlődésében a külhalljárat, a fülkagyló duzzadt meg s a folyamat orbáncznak ismertetett fel, a mely utóbb az arczra is reáterjedt. Az orbánczos folyamat ily módon a garatról a tuba Eustachiin át a külhalljáratra, erről a fülkagylóra éz arczra terjedt.

Hasonló esetet észlelt *Edelmann Menyhért* dr. egy férfibetegnél, a kinél az első napon toroklob jelenségei mutatkoztak. A beteg orrában ugyanekkor nátha, kellemetlen érzés lépett fel s az orr külsőleg is duzzadtnak mutatkozott. Az orbánczot csak másnap kórismézte, a midőn az, az orr mellső nyilásain át, az arcznak az orr szomszédságában lévő részére húzódott. Valószinű, hogy a folyamat kiindulását az orr nyákhártyáján vette s innen húzódott egyrészt a choanákon át a torokba s a mellső orrnyilásokon át az egész arczra és fejre.

Felszólaló ezúttal emlékeztet azon régebben ismertetett esetére, a melyben egy sokizületi csúzban szenvedő betegénél a gégefőporczok közti izületben s utóbb a porczokon kivül levő szövetekben lépett fel rheumatikus eredetű folyamat. A maga részéről is e folyamatot bacillaris eredetűnek tartja s természetszerűleg legtöbbször a belégzett levegő útján jutnak a fertőző csirok a szervezetbe. S épen mert így van, a fertőzés kapuja leggyakrabban az orr-, mandolák vagy toroknyákhártyában van. Innen terjed a folyamat a szervezet távolabbi részeire, vagy megtörténhetik az is, hogy a fertőző csirok a felsorolt pontokon — orr-garat — áthaladnak nyom nélkül s máshol jelentkezik a fertőzés következményeként a kóros folyamat.

1897-dik évi februári szakülés.

1. **Goldstein Sándor** dr. egy teljesen sértetlen, anatomice intact hymen mellett bekövetkezett terhesség esetét közli, melynek kapcsán a virginitas törvényszéki orvosi fejezetét veszi fejtegetés alá.

2. **Konrád Márk** dr. a **művi abortus és koraszülés technikáját** teszi megbeszélés tárgyává.

Előadónak alkalma lévén már ismételten ezen egyletben a művi elvetélés és koraszülésről szólani, jelenben egy újabb eset kapcsán csak ezen műtét újabb technikájáról óhajt röviden szólani, s ha nem is kivánja elősorolni a különféle eljárásokat a művi elvetélés és koraszülés előidézésére, még sem hallgathatja el a két legelterjedtebb eljárást, milyenek: a *magzatburkok megnyitása s a méhűr catheterizálása vagy kutaszolása.*

A magzathólyag alsó polusának megnyitását a koraszülés előidézésére már 1709-ben egy dán orvos *Scheel* ajánlotta. Azonban, mivel ezen eljárás mellett elesik a magzathólyag közreműködése a még eléggé fel nem puhult méhnyak tágitására, s így a szülés hosszúra nyulik épen úgy az anya, mint a magzat kárára, ezen eljárás igen kevés követőre talált, mig nem azt *Braun Károly* Bécsben előnyösen módositotta. Ezen módositás abban áll, hogy *Braun Károly* egy méhkutaszra húzott hegyesített lúdtollal magasabb helyen nyitotta meg a magzathólyagot. Ezen eljárást huzamosabb időn át, magam láttam ezelőtt 25 évvel jó sikerrel gyakorolni a bécsi szülészeti klinikán az akkor tanársegéd és jelenleg gráczi tanár *Rokitansky Károly* által. Ezen eljárásnál biztosabb és alkalmasabb a *méhűr bougirozása*, melyet *Krause* már 1855-ben ajánlott, fokozza ezen biztosságát s ártalmatlanságát a gondos, antiseptikus eljárás. A hüvely előzetes gondos fertőztelenitése után, a terhes oldalfekvésében a sima tükör segitségével be lesz állitva a méh s egy horgos fogóval a méhnyak rögzitve s a rögzitett csatornán keresztül könnyű szerrel toljuk fel a kutaszt a méhűrbe, a méh fala és a magzatburkok között. A kutasz rögzitésére s a hüvely állandó fertőztelenitésére szükséges a hüvelyt lazán jodoform-gázzal tömeszelni. Előadó éveken át az elastikus bougie helyett 20—25 cm. hosszú, jól desinficiált tömör laminaria bougiekat használt jó sikerrel. Még jobb sikert vél a jövőben elérni a *Sänger*-féle lapos, vékony és hajlékony ezüstből készült méhkutaszszerű wattahordókkal. A wattával körülsodrott és jodtincturába mártott igen hajlékony ezüst egy egyszerű cylindrikus tükör segitségével igen könnyen bevezethető a méhűrbe a méh fala és magzatburkok közé, az utóbbiak veszélyeztetése nélkül. E czélra szükségtelen a méh rögzitése és a sima tükör használatánál elkerülhetlen assistentia is szükségtelenné válik, mely körülmény fontos a magángyakorlatban. Egy más igen nagy előnyt biztosit a jodtincturába mártott s wattával fedett hajlékony kutasz a betegnek, hogy a jodtinctura fertőzteleniti az utat, merre a kutasz halad s vegyi ingere fokozza a méh összehúzódásait. Ezen eljárást kétszer használtam a legjobb sikerrel, a második esetem a következő:

B. J.-né 26 éves, negyedszer szülő felvétetett a bábaképezdébe november 9-dikén.

Az előrement szülések és gyermekágyak rendesek. A harmadik terhesség hetedik hónapjától annak végéig a lábak, nagy szeméremajkak s a has vizenyősen duzzadtak voltak. Szülés után az oedema megszünt.

Jelen terhesség folyamán ugyanezen részek vizenyős duzzadása szeptember hó elején ismét jelentkezett és felvételéig fokozódott. A szív és tüdő ép, a vizeletben sok fehérnye mutatható ki és a górcső alatt cylinderek.

A nőnél a terhesség megállapíttatott és pedig a hatodik hónapban.

A fennálló morbus Brightii ellen a diuresis fokozására digitalist adagoltunk, majd a tejkurát alkalmaztuk, utóbb diuretint. A gyógykezelés daczára a diuresis nem fokozódott, sőt deczember 18-dikán dyspnoë jelentkezett, mely 20-dikán oly fokra hágott, hogy indicatio vitalisból vetélésre határoztuk el magunkat.

Deczember 20-dikán délelőtt 8 órakor előzetes szorgos desinfectio után előbb a sima tükör alkalmazása lőn megkisérelve, de a külső lágy szülrészek, valamint a hüvely nagyfokú vizenyős beszürődése folytán alkalmatlannak bizonyult a kanalas tükör, mivel alkalmazása a lágy, duzzadt szülrészek zúzódásával járt volna. Ezért egy középvastagságu cylindrikus ruggyanta tükör segitségével lőn beállítva a méhnyak és ezen keresztül a vattával körülsodrott és jodtincturába mártott vékony ezüst kutasz óvatosan a méhürbe vezetve és a hüvely jodoformgaze-zal lazán kitömeszelve. A kutasz délelőtt 11 órakor el lőn távolítva és ekkor már gyenge szülfájdalmak mutatkoztak. A hüvely újból jodoformgázzal lőn kitömeszelve. A szülfájdalmak deczember 21-dikén reggelig csak gyengék voltak. Deczember 21-dikén reggel 8 órakor az eljárás ismétlődött, a fájdalmak fokozódtak s 11 órakor délelőtt a burok megrepedt és sok magzatvíz folyt el. Ezután a fájdalmak fokozódtak, de a tágulás lassú volt és csak deczember 23-dikán délután 3 óra 45 perczkor lábfekvésben megszületett a terhesség hetedik hónapjában lévő éretlen halott leánygyermek. A szülep 5 perez múlva kis nyomásra a magzati felülettel született meg.

A gyermekágy teljesen láztalanul folyt le.

Az oedema fokozatosan csökkent, ugy a hason, mint az alsó végtagokon és nagy ajkakon. Vizeletben sokkal kevesebb fehérnye van. 1897-dik évi január hó 8-dikán saját kivánságára a beteg ki lőn bocsátva az intézetből.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

Windscheid: Neuropathologie und Gynäkologie. Berlin, 1897. Verlag von Karger.

Az előttünk fekvő, 127 lapra terjedő könyvben szerző az ideg- és nőgyógyászat között fennálló physiologiai és pathologiai vonatkozásokat iparkodott összefüggő egészben az olvasó elé állítani. A bevezetésben a női genitaliák boncztani viszonya az idegrendszerhez van leírva; a viszonyok megérthetését egy tanulságos schema könnyíti meg. Az ezután következő fejezetben a női genitaliák physiologiai functióinak (menstruatio, terhesség, szülés, gyermekágy) viszonyát az idegrendszer betegségeihez találjuk tárgyalva. Egy további fejezetben az elsődleges genitalis és másodlagos idegbetegségeket sorolja fel szerző; ezen fejezet keretében röviden utal a még homályos összefüggésre primaer idegbaj és secundaer genitalis megbetegedés között (például méh- és petefészek-atrophia Basedow-kórnál stb.). Az utolsó fejezet a női genitaliák betegségei és az idegbajok therapiáját illető vonatkozások tárgyalásának van szánva. A gynaekologiai therapia eredményeit idegbajoknál szerző főleg a suggestiónak tulajdonítja.

Szerző a gazdag anyagot röviden, jól áttekinthető és érdekes módon foglalta össze; a gyakorló orvos minden esetre érdekes és tanulságos olvasmányt kap a könyvben.

II. Lapszemle.

Bőr- és bujakórtan.

A syphilis elsődleges nyilvánulásának multiplicitásáról értekezik *A. Sack*. A közönséges sanker és a sclerosis közötti megkülönböztető kórismézésnél többek között azon tünetet is fel szokták sorolni, hogy az első egy időben többes számban fordul elő, utóbbi pedig egyes számban. Egyes tankönyvek, mint pl. Eichhorsté, ezt első sorba állítják. Hogy ez nem úgy van, azt a mindennapi tapasztalat és számos klinikus statistikája már bebizonyította, habár nem tagadható, hogy a sclerosis az esetek nagyobb számában egyes számban fordul elő. Azonban ezen differential diagnostikai tünet alapján a kórismét kimondani helytelen volna, már csak azért is, mert könnyen azon hibába eshetünk, feltevén a multiplicitásról a fekélyek sankeres voltát, hogy ezeknek behámozása után a beteget gyógyultnak nyilvánítjuk és igy egyrészt a beteget kiteszszük annak, hogy később kitörő syphilise gyógyítás nélkül elfajul, másrészt embertársait bajában való tájékozatlansága folytán könnyen fertőzheti. Egy igen érdekes esetet volt alkalma észlelni. Egy 22 éves férfi rühben szenvedett, a viszketés és vakarás következtében a testnek többi részein kivül a monyon és hereborékon is számos vakarási nyom mutatkozott. Ezen bajával közösült beteg és nyolcz napra reá a mony háti felületén két, a sulcus coronariusban hat, a makkon öt és a hereborékon baloldalt két hámfosztott helyet vett észre, melyek a közönséges erosióktól alig különböztek. Azonban a fertőzés harmadik hetében a mony hátán levő erosiók typikus sclerosisokká változtak, ugyanilyenekké változott át a többi erosio is, egyesek később, még a fertőzés utáni hatodik héten is; igy betegnek összesen 15 különálló typikus sclerosisa volt. Ezen beteg két szempontból érdekes. Először is a rühlaesiók voltak azok, melyek a sclerosis multiplex kifejlődésére a legkedvezőbb talajt megadták a syphilis virusának; másodszor nem valamennyi sclerosis fejlődött ki egy időben, hanem egyesek az infectio utáni hatodik héten, mely utóbbiakat autoinfectiónak kell tekinteni, a mi azon tant látszik megerősiteni, hogy a syphilis elsődleges szakában még helyi bántalom, azaz hogy az általános fertőzés ezen időszakban még nem áll fenn.

Aschner Arthur dr.

Gyógyszertan.

A porczellán-filteren való szűrésnek hatása a viperaméregre (C. r. de la soc. de biol. 1896. 22. sz.). Phisalix a viperamérget porczellán-filteren megszürte, s azt találta, hogy a mérgező anyag visszatartatik a filter által. A filtratum csupán kis hőemelkedést okozott a tengeri malaczoknál. Ph. ezt a filtratumot arra is felhasználta, hogy vele immunizáló oltásokat tegyen és pedig teljes sikerrel. A filtratumból 1 mgm.-ot fecskendezett egy tengeri malacz bőre alá, s miután a hőemelkedés elmult, a malacz ugyanazon dosis szüretlen mérget is elbirt, mig a controll állat ez által megöletett. Az immunitás csak 48 óra mulva áll be, a mi arra mutatna, hogy az nem annyira a filtrált méreg által, mint inkább egy a testben ez által létrehozott reactiós folyamat következtében fejlődik ki.

Vámossy dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Colitis** ellen, főleg felnőtteknél és a bántalom kezdetén, *Campbell* jó eredménynyel használja a kénsavat, melyet 10 cseppnyi adagokban ad egy kevés opiummal együtt vízben 3—4-szer naponként. Az első adagot mindennap csak akkor vegye be a beteg, ha már volt széke; ellenkező esetben könnyen fájdalmas székszorulás állhat be. (Sem. méd. 1897. 40. sz.)

2. **Heveny és idült hörghurutnál** már több év óta használja *Saenger* a hydrastis canadensist. Bő tapasztalatai alapján a következő conclusiókra jutott: heveny hörghurut kezdeti szakában teljesen hatástalan a szer, később azonban tetemesen csökkenti a köhögési ingert; a használatos köptető szerekkel legalább is egyenrangú, anticatarrhalis hatására nézve pedig a többi használatos szert felülmulja. A folyékony kivonatból naponként 4-szer adandó 20—30 csepp. (Centralblatt für innere Medicin, 1897. 17. sz.)

3. **A coffein használatát illetőleg szívbajoknál** *Jaccoud* azt mondja, hogy oldatban rendelésénél mindig ugyanannyi natrium benzoicum is adandó hozzá. Ha a gyomor nem türné a coffeint, bőr alá fecskendezés alakjában is adható a következő formula szerint: Rp. Coffeini, Natrii benzoici āā 4·0; Aquae destill. 10·0. M. D. S. Bőr alá fecskendezéshez. (Wiener mediz. Presse, 1897. 36. sz.)

TÁRCZA.

A nemzetközi vasútegészségügyi értekezlet Brüsszelben.

Csatáry Lajos dr., min. tanácsos és vasútegészségügyi főfelügyelő ez értekezlet üléseiről felentes hatóságához a következő jelentést nyujtotta be.

Méltóságos elnök-igazgató úr!

Nagybecsü felhivása folytán a Brüsszelben f. év szeptember havában megtartott nemzetközi vasuti egészségügyi értekezleten, mint a m. kir. államvasutak képviselője megjelenvén, abban tevékeny részt vettem s jelentésemet a következőkben van szerencsém előterjeszteni:

Az értekezleten úgy Európa minden államának, mint Amerikának képviselői nagy számban jelentek meg.

Az értekezleti ügyek tárgyalása 3 osztályban történt, ugyanis:

I. *Alapszabályok a vasúti egészségügyi szolgálat szervezésére.*

II. *A szolgálati személyzet munkaképességének meghatározása és biztositása.*

III. *Egészségügyi szabályok és intézkedések.*

I.

Az egészségügyi szolgálat szervezését illetőleg az ide 2*/.-vel mellékelt és sajtó alá bocsátott: „Le service de santé des chemins de fer de l'état R. hongrois" előadást tartottam, a mely helyesléssel fogadtatott és maga a szervezet követésre méltónak találtatott.

Egyhangúlag kimondotta az értekezlet, hogy a pályaorvosok szabad választása ellentétben van az egészségügyi szolgálat érdekeivel és úgy semmi esetre sem engedhető meg, hanem a pályaorvosok mindenütt az igazgatóságok egészségügyi szakértőjének, illetőleg szakosztályának előterjesztésére nevezendők ki.

Indítványba hozza az értekezlet, hogy azon orvosok, kik vasúti orvosi állást kivánnak elnyerni, a vasúti egészségtanból az illető igazgatóság bizottsága előtt vizsgát tegyenek.

A belga vasuti minister úr nyomtatásban megküldötte az értekezletnek a vasuti egészségügy érdekében kiadott rendeleteit; e nyomtatványt van szerencsém a következő észrevételekkel mellékelni:

Különös figyelmet érdemelnek azon intézkedések, melyek a belga államvasutaknál a személyzet háló és étkező helyiségeit (nálunk kaszárnyák) illetőleg életbe vannak léptetve.

Erre nézve volt szerencsém f. évi 52,249. sz. kimerítő javaslatot tenni, s úgy a szolgálat, mint a személyzet érdekében is kivánatos, hogy a Belgiumban és a német birodalomban már régi idők óta követett intézkedések nálunk is meghonosittassanak.

Nagy figyelem fordíttatik arra is, hogy a személyzet mindenütt jó ivóvízzel láttassék el és e tekintetben pénzügyi akadályok nem léteznek.

Mindezek az ide 1. alatt csatolt ministeri jelentés 27., 29. és 30. lapjain körülményesen tárgyaltatnak.

II.

A szolgálati személyzet munkaképességének meghatározása és biztosítása iránt folytatott tárgyalások főleg a látás és hallás szerveinek vizsgálatára vonatkoztak.

Egyhangúlag elfogadtatott azon nézet, hogy a látás szervének (a szemeknek) vizsgálata oly esetben, midőn kételyek forognak fenn az illető egyénnek s különösen a forgalmi szolgálatban alkalmazottnak vagy alkalmazandónak szolgálati képessége felett, erre kirendelt s a felülvizsgálattal megbizandó szemészi specialisták által történjék.

Ezen ügy nálunk akképen lett szabályozva, hogy az igazgatóság székhelyén egy szemorvosi szakértő lett a felülvizsgálatok eszközlésére alkalmazva.

Kivánatosnak vélem azonban, hogy 38,950. sz. előterjesztésem figyelembe vétetvén, minden külső üzletvezetőség ily felülvizsgáló szemorvossal elláttassék, ez által úgy a szükségletnek, mint a nemzetközi értekezlet határozatainak igen csekély költséggel eleget lehetne tenni.

III.

Az egészségügyi szabályokat és intézkedéseket illetőleg első sorban tárgyaltatott:

1. A vasúti s különösen forgalmi szolgálatban alkalmazottak munkaidejének meghatározása.

A cs. kir. osztrák és a németországi vasutaknál épen az utóbbi időkben előfordult nagy balesetek, melyek folytán nagyszámú halálozások, úgymint súlyos sebesülések történtek, a nemzetközi értekezlet osztatlan véleménye szerint a forgalmi alkalmazottak csekély számának s ebből folyólag a szolgálatban levők túlterheltetésének — surmenage — köszönik eredetöket; különösen hangsúlyoztatott az, hogy 24 órai folytonos szolgálatra — minőt sokhelyt az állomási főnököknek kell tenni — a forgalom biztonságának veszélyeztetése nélkül senki teljesen képesnek nem tekinthető.

Az igen élénk és hosszasan tartó tárgyalásokban részt vettek a franczia kormány részéről: báró *Quinette de Rochemont*, Conseiller d'État, Directeur des Routes, de la Navigation et des Mines;

a belga kormány részéről;

Charles Ramaekers, Sécrétaire général du departement des chemins de fer, postes et telegraphes és *Leon Bika*, Inspecteur général au Ministère des chemins de fer és sok más alsóbb osztályú vasúti hivatalnok s főorvos.

Végül mint ezen harmadik osztály tárgyalásait vezető elnök az értekezlet túlnyomó többségének nyilatkozatai szerint az alkalmazottak munkaidejének meghatározására a következőket hoztam javaslatba:

A munkaidő maximuma a következőkben állapittatik meg:

1. Gyorsvonati mozdonyvezetőknek 8 óra munka, 12 óra pihenés.

2. Közönséges és tehervonatok mozdonyvezetőinek s általában a többi vonatkisérő személyzetnek 12 óra munka s 12 óra pihenés.

3. Nagyobb állomások főnökeinek, illetve forgalmi végrehajtó hivatalnokainak 12 óra munka, 12 óra pihenés.

4. Minden egyéb hivatalnoknak, munkásnak s alkalmazottnak 12 óra munka és 12 óra pihenés.

Megjegyzendő, miszerint a pihenő időben az illető semmiféle irásbeli vagy bármely más teendőre nem fordítható.

2. A mentési ügyet illetőleg egyhangúlag elfogadta az értekezlet, hogy a pályaorvosok lakásai az indóházakkal mindenütt telephoni összeköttetésbe hozassanak.

Ezen intézkedést úgy a személyzet betegeinek, mint a balesetek alkalmával megkivántató gyors segélynyújtásnak érdekében nemcsak czélszerünek, de szükségesnek is tartom, mert valóban nem illik a mai viszonyokhoz az, hogy a pályaorvos, ki legtöbbnyire az indóháztól távol lakik, gyalogküldöncz által hivassék meg, mi sokszor órákat vesz igénybe s ezenfelül a küldönczöt rendes szolgálatától elvonja.

3. Előadást tartván az utasításaim szerint készült mentőkocsiról, az értekezlet annak előnyeit úgy a betegekre, mint sebesültekre nézve elismervén, javaslatba hozza, hogy a vasúti vállalatok a m. kir. államvasutak mentőkocsijához hasonlókkal láttassanak el.

4. Végül tárgyaltatott a belga mértékletességi egyletek — Société belge de Temperance — elnökének azon indítványa:

hogy a vasúti igazgatóságok tiltsák meg mindazoknak, kik szolgálatukban állanak, bármely szeszes ital élvezését.

Ezen indítvány, mint az egyéni szabadságot súlyosan sértő, elvettetvén, az értekezlet javaslatomat elfogadván, azt határozta:

hogy a vállalatok igyekezzenek az alkalmazott személyzetet a szeszes italokkal való visszaélés kártékony hatásáról alkalmas módon felvilágositani; azokat pedig, kik azokkal visszaélnek, azaz a részegeseket szigorúan büntessék meg, esetleg a szolgálatból bocsássák el.

Ezenkivül még más csekélyebb jelentőségü ügyek kerültek szőnyegre.

Mielőtt jelentésemet befejezném, van szerencsém még Méltóságodnak becses tudomására hozni, hogy úgy a belga kir. kormány, mint az értekezlet által kitüntető fogadtatásban részesültem, mi főleg abban nyilvánult, hogy a harmadik osztály elnökének egyhangúlag megválaszttattam; *de Bruyn* közmunkaminister úr kiváló szívességgel fogadott, estélyére meghivott s különösen hangsúlyozta, hogy e megtisztelő fogadtatás nemcsak a m. kir. államvasutaknak, hanem különösen Méltóságodnak — kit személyesen ismer és tisztel — küldöttét illeti.

A búcsúbanketen, melyen de Bruyn minister elnökölt, a külföldi delegatusok felkérése folytán s nevükben beszédben válaszoltam a bennünket felköszöntő ministernek.

Midőn ezzel Méltóságodnak bennem helyezett bizalmát megköszönném, 3'/., 4'/. és 5'/. sz. alatt mellékelem néhány belga lapnak müködésemre vonatkozó megjegyzéseit tartalmazó számát s kérem Méltóságodat, hogy az e jelentésemben foglalt javaslataimat nagybecsü figyelmére méltatni kegyeskedjék, ki is tisztelettelteljesen vagyok Méltóságodnak alázatos szolgája *Csatáry Lajos* dr., s. k. ministeri tanácsos, főfelügyelő.

A XII. nemzetközi orvosi congressus Moszkvában.

(Folytatás).

Moszkvának a klinikákon kivül is sok hygienikus intézménye van; sok az e század elejéről vagy az utóbbi évekből datálódó kórház és magánintézet. Ott általában alig mulik el esztendő a nélkül, hogy egy kisebb-nagyobb kórházat ne alapítottak volna magánosok vagy testületek. Igy pl.:

1886-ban Orlov-Davidov gr. gyermekkórházat alapított 40 ágygyal,

1887-ben Bakrusin testvérek kórházat chronikus betegségek számára 200 ágygyal,

1887-ben a város a „*Katalin*“ kórházat általános betegségek számára 786 ágygyal,

1887-ben Poliakov, electrotherapiai intézetet. 15 ágygyal,
„ Kiriltsev, „ „ — „
„ Strauch-Vener dr., nőgyógyászati kórházat 14 ágygyal,

1890-ben Sletov dr. electrotherapiai intézetet,
1891-ben Szoloviev, szülőházat 5 ágygyal,
„ Kereskedő egylet, általános kórházat 150 ágygyal,
„ Postnikov-Szumarokov, sebészi int. 14 ágygyal,
1892-ben Merkov dr. szem-kórházat 2 ágygyal
1893-ban Gorbunov dr. szülőházat 15 ágygyal,
„ Sztorojev dr. vízgyógyintézetet,
1894-ben Város, „Alexijev“ psychiatr. kórházat 400 ágygyal,
1895-ben Város, „III. Sándor“ aggápoldát 12 ágygyal,
1896-ban Natanson dr. szemklinikát 6 ágygyal,
„ Dumnov dr. nőgyógyászati klinikát 14 ágygyal,
„ Iberiai növérek rendje ambulatoriumot,
„ Blumberg-Tobiesen dr. sebészeti ambulatoriumot,

1897-ben Vilger-Girmunszki sebészeti ambulatoriumot, 12 ágygyal.

Azonkivül tömérdek 2—4—7—8 ágyas menhelyük, szülőházuk, üdülőházuk van, mert általános szokás a vagyonosoknál a végrendeletben kisebb-nagyobb összeggel megemlékezni a humanismusról.

Vannak azután monstre intézeteik is; ilyen a lelenczház, melyben átlag 1000—1300 csecsemő tartózkodik, a kiket 25—30 nap mulva vidéki dajkaságba küldenek. Az intézmény évi 1.300,000 forinnál többe kerül, de igen nagy halálozási aránynyal bir: az intézetben átlag 40%, a dajkaságban az első évig még további 15—20, a következő években pedig annyi pusztul el, hogy csak 10%-a a felvetteknek nő fel! Volt ebben az intézetben egy iskola is a lelenczek számára, de I. Miklós czár egy látogatása alkalmával úgy találta, hogy e porontyokat túlságosan jól nevelik és a lelenczek helyett katonaárvák kerültek beléje! Ilyen egyszerü és kényelmes módon lehet egy császári Nikolájszki katonai árvaházat alapitani!

Mindent összevéve tehát azt kell mondanunk, hogy az oroszoknál újabban hatalmas érdeklődés mutatkozik a haladás iránt. Sok régi sallanggal kell küzdeniök, nehézséget okoz az absolut uralom conservativismusa, de a legelső kellék, a nép érzéke, a viszonyok javulásának óhajtása már mutatkozik. Persze az ilyen roppant terület, mint Oroszország, lassan ébredezik és különösen lassan, ha az intelligens elem számbeli gyarapodása ellen mesterséges gátat emelnek. Igy idén, a beiratkozásokat helyettesitő pályázatoknál a szt.-pétervári mérnök-akadémián:

600-an jelentkeztek az útmérnöki fac. 100 megüresedett helyére,
900-an „ a bányászati „ 50 „ „
300-an „ az épitészeti „ 40 „ „
1000-en „ a gépészi „ 123 „ „!

Igy van ez az orvosi facultáson is, a hol minden egyetemnél limitált számú hely van, a melyeknek gondolom 5%-a áll nyitva a zsidók számára, és a melyekre pályázat útján veszik fel a jelentkezőket. Sokan a visszautasítottak közül külföldre mennek tanulni és visszajövet nostrificáltatják diplomájukat. Igy tettek a a nők is, a kik szabad gyakorlási joggal birnak egész Oroszországban (Moszkvában 14 orvosnő practizál), de sehol kiképezést nem nyertek, mig idén végre Szt.-Pétervárott meg fog nyilni az első női orvosi tanintézet. Minthogy azonban a 120 millió lakosra, mint emlitettem, csak 10,805 orvos jut, s ezek nagy része a városokba húzódik (Moszkva 988,610 lakosán 1084 orvos praktizál, vagyis körülbelül 12-szer oly sürün vannak az orvosok Moszkvában, mint átlag az egész országban), az orvosok utáni kereslet elég nagy. Ezért az orosz körorvosokat a *zemsztvo*, melyet talán a mi megyei közigazgatási bíróságunkkal lehetne összehasonlitani, aránylag jól fizeti: az 1000 rubeles fixumok (1270 frt) nem ritkák.

Még jobb dolguk van a városiaknak, kik igazán tisztességes honorariumokat szoktak kapni. Igy ma átlag Moszkvában 3—5 rubel a közönséges díj, *Kiewben* 1—2, Odesszában és Szt.-Pétervárott 2—6, s néhány év előtt, mint hallom 10—20 rubel volt a közönséges honorariuma a diplomás orvosnak Moszkvában. Persze, a keresleten sokat ront a concurrentia, mely itt kétoldali: a felcserek részéről, kik számbeli túlsúlyukkal főleg a vidéken nyomják a gyakorlatot és másfelől, mert csodatevő szentképek is praktizálnak, kik vagy melyek Moszkvában legalább igen kiterjedt klientélának örvendenek. Különösen az iberiai Szüzanya — képe áll nagy kapaczitás hirében. Ez a Kreml mellett lakik és reggeltől estig végzi beteglátogatásait 5—100 rubel díjért, s mialatt hatlovas hintóján robog a városban, lakásán egy facsimiléje helyettesíti. Este és egész éjjel fogadja az ambulans zarándokokat. Hogy consiliumokat tart-e, és ha igen, képcollegával vagy emberkartárssal, azt nem kutattam!

Mennyire lehangolók az ilyen észleletek! Mi lehet ennek a népnek valódi müveltségi foka . . . nem az, melyet a hatóság a külföldieknek bemutat, nem az, melyet az utczán emleget hanem, a melyet mindenki lelke mélyén mint ethikai öntudatot rejteget!? Azt mondják, hogy ha egy orosz bűnt követett el, egyszerűen elmegy azt leimádkozni. A lopott jószágot vissza nem adja, de meggyújt egy nagy viaszgyertyát és összecsókolva egy csomó ereklyét — rázendíti a *goszpodi pomilujt!*

(Folytatása következik).

Heti szemle.

A budapesti kir. magy. tudomány-egyetem 1897/98-dik tanévi *megnyitó ünnepélyes közgyülését* f. hó 19-dikén tartották. A gyülés első tárgya *Bognár István* dr. lelépő rektor magnificus beszámolója volt az 1896/97-dik egyetemi tanév történetéről. Az orvosi karra vonatkozólag e jelentésből a következő adatok birnak érdekkel. Az orvosi karban az I-ső félévben 103 tantárgyat 20 rendes, 15 rendkivüli és 35 magán tanár adott elő; a II-dik félévben 94 tantárgyat 18 rendes, 10 rendkivüli, 2 helyettes és 32 magántanár. Kitüntettek az orvosi karon egy rendes tanárt ministeri tanácsosi czímmel, három magán tanárt a ny. rk. tanári czímmel; magán tanári képesítés megerősítése 6 esetben történt. Elhalt

egy tanár. Rendes hallgató volt a orvosi karon az I-ső félévben 734, a II-dik félévben 694, rendkivüli az I-ső félévben 19, a II-dikban 13; gyógyszerészhallgató volt az I-ső félévben első éves 67, másodéves 53, a II. félévben első éves 61, másodéves 52. Vizsgálatok voltak: elővizsgálat volt (ásvány, növény, állattan) 378, előszigorlat 174; I., II., III. orvosszigorlat 547; gyógyszerészi szigorlat volt 118, pótszigorlat és pótvizsgálat 340, bábavizsga 161. Egyetemes orvos-doctori felavatás volt 100, gyógyszerész-doctori avatás 7; gyógyszerész-mester lett 66, bába oklevelet nyert 66.

A tandíjakból az egész egyetemen a két félév alatt 244,076 frt folyt be. Az orvosi karon kiosztott ösztöndíjak összege 21,800 frtot tett ki. Utazási ösztöndíjat nyert öt orvos-doctor.

Az orvosi karnál lévő orvosok özvegye és árvája alapja számára *Jakubovics Miksa* dr. 3000 frtot, az orvostanhallgatók segély-egylete számára néhai *Jurányi Lajos* dr. 2000 frtot hagyományozott.

Elkészült a két szülészeti és nőgyógyászati klinika, valamint a két új boncztani intézet.

Vegyesek.

Budapest, 1897. szeptember 24-dikén. *A fővárosi statistikai hivatalnak* 1897. szeptember 5-től 1897. szeptember 11-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 442 gyermek, elhalt 223 személy, a születések tehát 219 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, roncsoló toroklob 1, hökhurut 2, kanyaró 1, vörheny 1, himlő —, typhus abdominalis 2, gyermekágyi láz 1, influenza —, egyéb ragályos betegségek 3, agykérlob 12, agyvérömleny 7, rángások 5, szervi szívbaj 10, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörghurut 16, tüdőgümő és sorvadás 37, bélhurut és béllob 48, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 2, Bright-kór és veselob 6, angolkór —, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 20, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 7, erőszakos haláleset 14. — A fővárosi közkórházakban ápoltatott e hét elején 2025 beteg, szaporodás 717, csökkenés 731, maradt e hét végén ápolás alatt 2011. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1897. szeptember 10-től szeptember 17-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 12 (meghalt 2), himlőben — (meghalt —), álhimlőben —, bárányhimlőben 4 (meghalt —), vörhenyben 14 (meghalt 3), kanyaróban 10 (meghalt 1), roncsoló toroklobban és torokgyíkban 20 (meghalt 3), trachomában 8, vérhasban 4 (meghalt 1), hökhurutban 18 (meghalt —), orbánczban 24 (meghalt 2), gyermekágyi lázban 1 (meghalt 1).

— **Az Országos orvos-szövetség alapszabályai**, mint értesülünk, a belügyministeriumtól a napokban fognak leérkezni a végrehajtó bizottsághoz, a mi ha megtörténik, a bizottság a tisztújitó congressusi ülést rövid idő mulva — remélhetőleg még október hó folyamán — egybe fogja hívni.

— **Kitüntetések.** *Bakody Tivadar* dr. budapesti egyetemi rendkivüli tanárnak az orvosi tudomány és szakoktatás terén szerzett érdemei elismeréseül a harmadik osztályú vaskoronarendet, *Löwinger Mór* dr. Nyitra város orvosának pedig a közszolgálat és jótékonyság terén szerzett érdemeiért a koronás arany érdemkeresztet adományozta a király.

— **Malpighi emlékszobrát** szeptember hó 8-dikán leplezték le nagy ünnepséggel Crevalcore-ban (Bologna közelében), a hol a nagy anatomus 1628-ban született. Ez alkalomra *Pizzoli* dr., az emlékszobor-bizottság titkára egy emlékkönyvet is szerkesztett, melybe olasz tudósokon kivül több hirneves más országbeli búvár — a többi közt *Virchow, Haeckel, Michael Foster* — is irt czikkeket.

— **A megürült sebklinikai tanszék** helyettesítésével az orvostanár testület *Dollinger Gyula* dr. egyetemi ny. rk. tanárt bizta meg; a vallás- és közoktatásügyi minister e helyettesitést megerősítette.

— **Lumniczer József** dr.-t a magyar államvasutak sebészi tanácsadójává nevezték ki, mely állomás Kovács tanárnak elhunytával jött üresedésbe.

△ **Megjelent.** *Weisz Manó* dr. Fogalomzavarok és rossz elnevezések a modern sebészetben (Klug); *Sarbó Arthur* dr. Ideggyógyászati megfigyelések (Klug); *Redő testvérek* könyvnyomdájában (Budapest, V., Klotild-utcza 20), *Orvosi napló.* 150 lapból áll és 500 beteg bejegyzésére elegendő; hátul betűsoros mutatóval. Finom papir. Ára bekötve 2 frt 50 kr.

— **Felavatás sub auspiciis regis.** Ő Felsége a király megengedte, hogy *Fenyvessi Béla* és *Roth Vilmos* sub auspiciis regis avattassanak egyetemes orvosdoktorokká.

—r. **Mellin tápláléka.** Ezen rövid idő óta minden világrészben elterjedt tápszer csecsemők, gyermekek, betegek, üdülők, gyomorbajosok számára elterjedését rendkivüli hatásának s használata mellett tapasztalt eredményeinek köszöni. Azon számos elismeréshez, melyben a német császárné ő Felsége cabinetje, orvosi tekintélyek, gyermek- és egyéb kórházak és számtalan magánfelek részéről részesült, most újabban csatlakozott az indiai éhség enyhitésére alakult központi jótékony bizottság hivatalos jelentése, melyben következőt találunk. „Azon sok hasznos adomány közül, melyben a központi bizottság részesült, különös említést érdemelnek *Mellin tápláléka*, a Triticine Food és a sűrített tej. Ezek nagy mennyiségben osztattak ki a szegényházak közt és igen jó sikerrel használtattak. Legtöbb esetben s kivált, hol *Mellin tápláléka* alkalmaztatott, a csontvázzá kiéhezett gyermekek néhány hét alatt bámulatosan gyarapodtak és viruló szint kaptak.“ Időszerűnek látszik most a zord idő kezdetén ezen nyilatkozatokra figyelmeztetni.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest,** VII., Városligeti fasor 9. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitünő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kivánatra prospectus.

Szt.-Lukács-fürdő

téli és nyári

gyógyhely.

Nagy kénes iszapfürdő; iszapborogatás, douche-massage, kö- és kádfürdő, rheuma, köszvény, neuralgiák, ischias stb. ellen. Gőzfürdők uszodák. Első és szép lakások. Prospektust küld az igazgatóság

Budapesten.

HIRDETÉSEK.

TERMÉSZETES

BILINI SAVANYUVIZ!

Legkiválóbb képviselője az alkalikussavanyuvizeknek (33,6339 szénsav, natron 10,000 részben). Mint gyógyforrás évenkint növeli elismert jó hirnevét s azonkivül a legkitünőbb diaetikus italt képezi. **EDESKUTY L. úr ivócsarnokában** a nyári hónapokban **pohárszámra** is kapható.

Pastilles digestives de Bilin

(Bilini emésztési czukorkák) biztos szer mindennemű emésztési zavarok ellen, mindig friss minőségben van készletben a főraktárban.

ÉDESKUTY L. cs. és kir. és szerb kir. udv. szállitónál BUDAPESTEN.

Kapható azonkivül minden gyógyszertárban, fűszerkereskedésben, szállodában és vendéglőben. **Pastilles de Bilin** a legtöbb gyógyszertárban és gyógyszerárú-kereskedésben.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, górcsői- és bacteriologiai

ORVOSI LABORATORIUMBAN

mindennemü **ép és kóros váladéknak** (ú. m.: **vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex** és **transsudatum** stb.), továbbá **szöveteknek, daganatoknak** úgy **vegyi,** mint **górcsői** és **bacteriologiai** vizsgálatára vállalkoznak 38

dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratorium vezetői.

Poliklinika: VII., Hársfa-utcza 13.—15. szám.

Dr. Balkányi Miksa ausseei fürdőorvos **megkezdte orvosi működését**

Budapesten (VI., Hajós-utcza 12. sz.)

a gyógygymnastika és massage terén.

Hétköznapon kezelés egész nap.

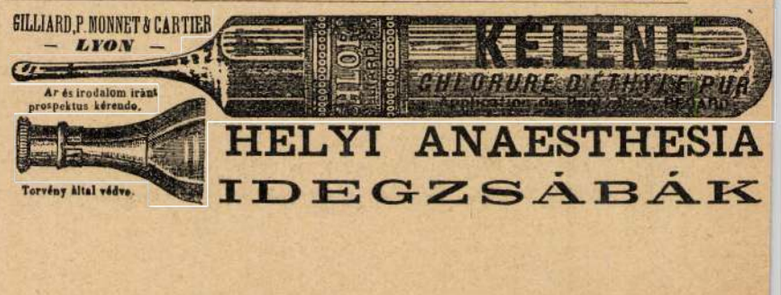
Tengeri gyógyintézet (Seehospitz)

gyermekek számára

ABBAZIÁBAN.

Igazgató orvos: Dr. Szegő Kálmán.

Felvétel kisérővel vagy a nélkül egész éven át. Állandó orvosi felügyelet, modern kényelem, mérsékelt díjak. Kivánatra prospektus.



Melléklet az „Orvosi Hetilap“ 39. számához. 3. SZ. Budapest, 1897. szeptember 26.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom. *Rigler Gusztáv* dr.: A Trillat-féle „Autoclave formogéne“ nevű készülék segélyével fejlesztett formaldehyd-gőzökkel végzett fertőtlenítési kisérletek. — *Öhler László* dr. és *Genersich Vilmos* dr.: Az acetylen-gáz mérgező hatásáról. — *Könyvismertetés.* — *Közegészségügy.*

A Trillat-féle „Autoclave formogéne“ nevű készülék segélyével fejlesztett formaldehyd-gőzökkel végzett fertőtlenítési kisérletek.

Irta: *Rigler Gusztáv* dr., egyetemi magántanár, közegészségtani tanársegéd.

Leirás. A fertőtlenítés czéljára szolgáló formaldehyd-gőzöket, — az eszközhöz adott utasitás értelmében, — a formochlorolnak nevezett és a kereskedésbeli 40%-os formaldehyd-oldat (más néven: formalin) és 20% chlorcalciumból álló keverékből kell fejleszteni.

A kisérletek végzésére átadott, 2 üvegbe elosztott és mintegy 24 liternyi formochlorol kezdetben tiszta, átlátszó, olajsűrűségű, kissé sárgás szinű, igen erősen szúrós szagú folyadék volt, a mely egy hónapi állás után fehéren zavaros, szörpsűrű anyaggá változott át, mely azonban 40° C.-ra való felmelegitésnél feltisztult és a fennebb elmondott sajátságokkal biró folyadékká változott.

Ezen formochlorolból a fertőtlenitendő helyiség nagysága szerint, a használati utasitás értelmében kisebb vagy nagyobb lemért mennyiséget töltöttem az „Autoclave formogéne“ nevű eszközbe, a mely a formaldehyd-gőzöknek a formochlorolból való felszabadítására, illetve a fertőtlenitendő helyiségbe való vezetésére szolgál.

A nevezett „Autoclave formogéne“ 12 mm. vastag, vörösrézlemezből készült, 12 cm. átmérőjű és 30 cm. magas, hengeralakú üstből és erre 6 csavarral légmentesen felerősithető, szintén 12 mm. vastag sárgaréz-fedőből áll, mely utóbbi egy 0—5 légköri nyomást mutató manometerrel és egy csavarral megnyitható kivezető csővel van ellátva. Ez utóbbira kell felcsavarni azon vékony, $1^1/_2$ mm. átmérőjű vörösréz-csövet, melyen át a formaldehyd-gőzöket a fertőtlenitendő helyiségbe vezetjük. Az autoclavba annak fedőjén át még egy 12 mm. átmérőjű és 28 cm. hosszú cső nyúlik be, a mely az eszközhöz adott és 250° C.-ra beosztott hőmérő befogadására szolgál.

Az egész készüléket kivülről sárgaréz-bádogköpeny veszi körül, mely három 26 cm. magas vaslábon nyugszik.

Az autoclave, illetve a benne levő formochlorol melegitésére az eszközhöz adott „Primus I.“ jelzésű petroleum-gőzökkel dolgozó, körégő lámpát használtam.

A nevezett eszközzel, illetve anyaggal a fertőtlenitési kisérleteket a budapesti kir. magyar tudomány-egyetem közegészségtani intézetének assistensi dolgozó szobájában és muzeumában végeztem. Az előbbi helyiség 50 m^3 nagyságú, csupán egy oldalról szabad, egy ablak és egy ajtóval ellátott forró vizzel fütött földszintes szoba; a muzeum pedig 250 m^3 nagyságú, 7 ablakos, 1 ajtós, köpenyes vaskályhával fűthető, 4 Tobin-csővel és 2 elvezető nyilással szellőztethető, első emeleti terem, mely 4 oldalról szabad, ötödik oldalán pedig részben fából készült falazattal és 1 ajtóval van elválasztva a fütetlen lépcsőháztól.

A fertőtlenitési kisérletek az alább felsorolandó 9-féle mikroorganismus-fajnak 24 órás, 37° C. meleg thermostatban tartott bouillon-tenyészetével beitatott, $^1/_2$ cm. hosszú, vékony gyapotfonalakkal, továbbá anthrax-spórás selyemfonalakkal, végül pedig friss kerti földdel és a butorokra lerakódott porban levő mikroorganismusokkal történtek. A kisérletek felében a nevezett bakteriumokkal fertőzött anyagok steril üvegcsészékben elosztva, közvetlenül lettek kitéve a szobába bebocsátott formaldehyd-gőzök hatásának; a kisérletek másik felében pedig a fonalakat mintegy 2 cm. vastagságot kitevő, 16 rétegű, vászonból készült, előzetesen 160° C.-nál 3 órán át sterilizált, portörlő kendőkbe csomagolva és bekötve tettem ki a formaldehyd-gőzöknek.

A bakterium-tenyészetekkel beitatott fonalakkal részint nedves, részint levegőn szárított állapotban végeztem kisérleteimet.

A szobák hőmérséke egészben véve 8—24° C. között ingadozott.

A szobák ajtaját, — mihelyt a fonalak bennük a legkülönbözőbb helyekre elhelyezve voltak, — elzártam és az ajtó mellett mutatkozó nagyobb réseket kendőkkel betömtem; az ablakok csak egyszerűen betéve, a szellőző nyilások és a kályha csöve (az égés megszünése után) azonban rongyokkal lettek eltömve. Most az autoclavot kellő magasságban az ajtó elé állitottam, úgy hogy annak vékony kivezető csövét a kulcslyukon bedughattam. Erre a kisebb szobánál $1^1/_2$ liter, a nagyobbnál pedig 3 liter formochlorollal megtöltött és elzárt autoclavot a „Primus“ lámpával melegitettem, mig a manométer 3—$3^1/_2$ légköri nyomást mutatott. Most a kivezető nyilást a csavarral óvatosan megnyitva a gőzöket a kisebb szobánál $1^1/_2$, a nagyobb muzeum-teremnél pedig 2 óráig engedtem áramolni; a hevitést ez alatt úgy szabályozván, hogy a manometer $2^1/_2$ légkörnyomásnál, a hőmérő pedig 130° C.-nál kevesebbet nem mutatott.

A formaldehyd-gőzök beömlésének, illetve az autoclav működésének beszüntetésétől számitott 1, 2, 3, 6, 24, 48, 72, 96 és 120 óra mulva a szobákból kivett fonalakat steril Petri-féle csészék tetejével lazán befödve, a levegőn $^1/_2$ óráig állani hagytam, hogy az általuk elnyelt formaldehydnek legalább is nagy része ismét elpárologhasson. Most a fonalakból egyeseket felolvasztott, steril húslé-pepton-gelatinába, másokat steril húslé-pepton-bouillonba dobtam a szokásos óvórendszabályok mellett. A gelatinákból erélyes elkeverés után steril Petri-csészékben lemeztenyészeteket készitettem, a fonalakkal ellátott bouillon-kémlőcsöveket pedig 37° C. meleg költőkemenczében helyeztem el. Mindezeket 15 napon át megfigyeltem és pedig úgy, hogy a 3., 6., 9., 12. és 15. napon vizsgáltam, vajjon a tenyészés megindult-e vagy nem. A 15-ik napon is sterilnek mutatkozó kémlőcsöveket most a fonalakéval azonos, friss bouillon-tenyészettel beoltottam, megtudandó, vajjon a fonalakkal esetleg a tenyésztő anyagba került minimalis formaldehyd nem fejlett-e ki gátló hatást a tenyészéssel szemben.

Már e helyen jelzem, hogy ezen utóbbi oltások mind megeredtek, jeléül annak, hogy a fonalakkal vagy semmi, vagy csak hatástalan és minimalis mennyiségü formaldehyd került a tenyésztő anyagba.

A bakterium-tenyészetekkel egyidejűleg a legkülönbözőbb fémekből készült tárgyakat, továbbá mázolt, aranyozott és fényezett fabutorokat, 22-féle szinű selyem- és bársonyszövetmintát, lószőr és tengeri füvel kitömött ülőbutort, férfiruhát, fényképeket, nyomtatványokat, 38-féle különböző papir kárpitmintát, stb. tettem ki a formaldehyd-gőzök hatásának a végből, hogy azoknak szint, szövetet vagy anyagot roncsoló hatásáról pontosan tájékozódhassam.

A vizsgálatok eredménye.

Az eredményt a következő s az összes vizsgálatokból készített általános táblázatok világosan mutatják, a melyekben + jelek azt jelentik, hogy 15 napon belül megindult a tenyészet, a ○ jelek pedig ellenkezőleg azt, hogy 15 nap alatt tenyészet nem mutatkozott.

1. tábla.

A formaldehyd-gőzöknek szabadon kitett fonalakkal végzett kisérletek eredménye.

Bakterium-faj	A formaldehyd-gőzök bevezetésének beszüntetése után							A kisérlet történt	
	1 óra mulva	2 óra mulva	3 óra mulva	6 óra mulva	24 óra mulva	48 óra mulva	120 óra mulva	hány alkalommal?	hány próbával
Sporás anthrax	+	+	+	○	—	—	—	5	34
Fonalas anthrax	+	○	○	○	—	—	—	5	34
Cholera asiatica	○	○	○	○	—	—	—	5	34
Typhus abdomin.	+	○	○	○	—	—	—	5	34
Pyocyaneus	+	○	○	○	—	—	—	5	34
Diphtheria	+	○	○	○	—	—	—	4	28
Erysipelas suum	+	○	○	○	—	—	—	5	34
Subtilis	+	+	○	—	—	—	—	2	15
Staphylococcus	+	○	○	—	—	—	—	2	15
Coli commune	+	+	+	○	—	—	—	5	34
Kerti föld	+	+	+	+	+	+	+	4	37
Por a butorokról	—	—	—	—	—	—	+	1	3

2. tábla.

A formaldehyd-gőzöknek 2 cm. vastag (16 rétegű) kendőbe csomagolva kitett fonalakkal végzett kisérletek eredménye.

Bakterium-faj	A formaldehyd-gőzök bevezetésének beszüntetése után							A kisérlet történt	
	3 óra mulva	6 óra mulva	24 óra mulva	48 óra mulva	72 óra mulva	96 óra mulva	120 óra mulva	hány alkalommal?	hány próbával?
Sporás anthrax	+	+	+	+	+	+	+	4	37
Fonalas anthrax	+	+	+	+	+	○	○	4	37
Cholera asiatica	+	+	+	+	○	○	○	4	37
Typhus abdom.	+	+	+	+	+	+	○	4	37
Pyocyaneus	+	+	+	+	+	+	+	4	37
Diphtheria	+	+	+	+	+	+	+	3	28
Erysipelas suum	+	+	+	+	+	○	○	4	37
Subtilis	+	+	+	+	+	+	+	2	24
Staphylococcus	+	+	+	+	+	+	○	1	15
Coli commune	+	+	+	+	+	+	+	4	37
Kerti föld	+	+	+	+	+	+	+	4	37

3. tábla.

A formaldehyd-gőzök hatása 120 óra mulva a különböző anyagú és színű tárgyakon.

Fényezett, mázolt, aranyozott fabutorok	változatlanok
Üveg, vas, vörösréz, sárgaréz és czink-edények	„
38-féle színű papirkárpit-minta	„
22-féle színű selyem és bársonyszövet-minta	„
50-féle színű gyapot-fonal	„
Fényképek és nyomtatványok	„
Férfiruha és ülőbutor	„

Bírálat.

A Trillat-féle „Autoclave formogéne“ segélyével a kisérletezés czéljából átadott „formochlorol“ nevű anyagból előírás szerint fejlesztett formaldehyd-gőzök:

1. A fertőtlenítendő helyiségben szabadon kitett kilenczféle, különböző ellenállású mikroorganismusokat a gőzölés beszüntetésétől számított 6 óra lefolyása alatt megölték; ellenben a kerti földben és a butorokon lerakódott porban levő csirákat 120 óra alatt sem pusztították el.

2. Ha azonban a fentebb részletesen felsorolt kilenczféle mikroorganismussal fertőzött fonalak 2 cm. vastagságú (16 rétegű) kendőbe voltak burkolva, akkor a formaldehyd-gőzök a cholera asiatica csiráit csak 72 óra, a fonalas anthrax és sertésorbáncz csiráit csak 96 óra, a typhus abdominalis és staphylococcus csirákat csak 120 óra alatt ölték meg; míg az anthrax-spórákat, a pyocyaneust, diphtheriát, subtilist, coli communet és a kerti föld mikroorganismusait 120 óra lefolyása alatt sem voltak képesek elpusztítani.

3. A bakterium-ölő hatásban a + 8 és + 24° C. közé eső hőmérséknél számbavehető különbséget nem lehetett tapasztalni.

4. A formaldehyd-gőzök 120 óra lefolyása alatt az üveg, fa, fém és szövetekből, valamint papirból készült tárgyaknak sem anyagára, sem színére nem gyakoroltak kártékony hatást.

5. A formaldehyd-gőzök már kis mennyiségben is rendkivül izgató hatást gyakorolnak a szem, orr, száj és torok nyálkahártyájára; a velük fertőtlenített helyiségből folytonos szellőztetéssel is csak 4 × 24 óra alatt voltak eltávolíthatók; 2 × 24 óra alatt azonban már lakhatóvá vált a helyiség az esetben, ha a szellőztetés alatt ammoniak-gőzök lettek fejlesztve: ammonia pura liquidának tág és lapos edényekben való kitétele által.

6. Az „Autoclave formogéne“ szerkezete és a vele való elbánás aránylag egyszerű, azonban a formaldehyd-gőzök fejlesztése alatt okvetlenül felügyeletet igényel.

Mindezek alapján:

7. A Trillat-féle „Autoclave formogéne“ segélyével a hozzá adott „formochlorol“ nevű anyagból fejlesztett gőzöket fertőtlenitésre alkalmasnak kell minősiteni mindazon esetekben, a melyekben e gőzök a fertőző csirákhoz szabadon hozzáférhetnek; így: a festett, a papir- és selyemkárpittal bevont falak, mázolt és fényezett fabutorok, fémtárgyak fertőtlenítésére. Szőnyegek, szövetek és bőrök desinficiálására azonban csak az esetben alkalmasak, ha utóbbiak szabadon, s a formaldehyd-gőzöknek minden oldalról teljesen hozzáférhetőleg vannak kiakasztva a gőzökkel telitett helyiségben.

8. Alkalmatlannak kell azonban minősiteni a formaldehyd-gőzöket a fertőtlenítésre mindazon esetekben és tárgyaknál, melyeknél a fertőző anyag a mélybe hatolhatott. Igy: ülőbutorok, párnák, toll, szőr és egyéb anyagokkal kitömött derékaljak, szalmazsákok stb. fertőtlenítésére a formaldehyd-gőzök alkalmatlanok.

9. A formaldehyd-gőzöknek kiváló tulajdonságuk az, hogy a fertőtlenített tárgyakat nem roncsolják, azoknak színét meg nem változtatják. Végre.

10. A Trillat-féle „Autoclave formogéne“ kezelése, tartós és aránylag egyszerű szerkezeténél fogva aránylag könnyű, azonban felügyeletet ennek daczára is igényel. A formaldehyd-gőzök izgató és maró hatása folytán a fertőtlenitő személyzetnek munkájában óvatossággal kell eljárnia.

Fentebbi tanulmányommal kapcsolatban czélszerűnek tartom röviden ismertetni azon fontosabb adatokat, melyek egyrészt ezen új fertőtlenitési eljárás véghez vitelére szükséges anyag, a formalin, illetve formochlorol nevű vegyületre, másrészt a vele különböző szakértőktől eddigelé végzett kisérletek eredményeire vonatkoznak.

A formaldehyd-gázokat, illetve ezeknek vizes oldatát, a formalint tulajdonképpen Hoffmann födözte fel azon régebbi megfigyelések alapján, melyeket többen tettek oly alkalmak-

kor, midőn methylalkohol-gőzökbe előzetesen izzóvá hevített platindrót-spirált merítve, azt tapasztalták, hogy a platindrót nem hül ki, hanem tovább izzik, mi alatt egy ismeretlen, szúros szagú gáz képződik a methylalkohol-gőzeiből. Hoffmann ugyanis ezen tapasztalatot felhasználva, oly módon állította elő kis mennyiségben a formaldehyd-gázokat, hogy vörös izzásig hevített platincsövön methylalkohol-gőzöket vezetett át s a képződött új vegyületet felfogta. A methylalkohol-gőzök ugyanis levegővel keveredve a következő képlet értelmében:

$$CH_3\,OH + O = CH_2\,O + H_2\,O$$

formaldehyd és vizzé változtak át.

Az eljárás tökéletesitésén különösen Gautier, majd Tollens és Löw munkálkodtak, nagyobb mennyiségben és oldatban azonban ezen fertőtlenitési eljárás feltalálójának, Trillatnak sikerült a formaldehydet előállitani.

A formaldehyd vegytiszta állapotban — 21° C.-nál mozgékony, viztiszta, 0·8153 fajsúlyú folyadék. Pár fok Celsiusszal fölebb azonban már polymerizálódik, a mely folyamat közönséges hőmérséknél néha robbanás kiséretében megy végbe. Ezért nagyban való előállitásnál a képződött formaldehyd-gázokat vizbe vezetik, melylyel 40%-os oldatot képeznek. Ezt az oldatot *formalin* néven kereskedésbe hozzák.

Ugy a gáznak, mint vizes oldatának nagy a chemiai activitása, s ebből magyarázható alkalmazhatóságának sokfélesége is. Igy elszinteleniti a bor szinanyagait, megalvasztja a fehérjét, melylyel áttetsző, kocsonyaszerű anyagot képez. Oldata már csekély töménységnél is megöl sokféle mikroorganismust, s ezért boncztani készitmények eltartására, mikroskopiai metszetekre szolgáló szövetrészek keményitésére, továbbá hús conserválására is használják. Bűzös anyagokat erélyesen szagtalanit, sőt alaktalan fermenteket is hatástalanná tesz. Gőzei azonban nem robbannak, sőt ha ezeket a methylalkohol-gőzeivel keverjük, az utóbbiak robbanó képességét csökkentik.

Bakterium-ölő tulajdonságainak a gyakorlati életben való kihasználása, illetve lakások, tárgyak, stb. fertőtlenitése czéljaira Trillat többféle eszközt szerkesztett, a melyekben formaldehyd-gázok, illetve gőzök fejleszthetők. Ezek közül a legrégibb az ú. n. „Lampe formogéne“, mely methylalkohol-gőzöket oxydál formaldehyddé. A képződött gázok csekély mennyisége folytán azonban ezen eszköz nem vált be nagyobb helyiségek fertőtlenitésére. Valamivel czélszerübb, s az előbbinél tetemesen több formaldehydet szolgáltat a második „Appareil formogéne a projection“ nevű eszköz, mely ugyancsak methylalkoholból fejleszti a fertőtlenitésre szükséges gázokat. Gyakorlatban azonban szintén hiányosnak mutatkozott.

Legczélszerübb és legtökéletesebb eddigelé a harmadik minta, az „Autoclave formogéne“, — melylyel a fentebb ismertetett kisérleteimet megejtettem — a mely a formaldehydnak chlorcalciummal kevert kész vizes oldatából fejleszti a fertőtlenitésre szükséges gázokat.

Természetesnek kell találnunk, hogy a formaldehyd és vegyületeinek Trillat által kezdettől fogva annyira feldicsért bakterium-ölő, illetve fertőtlenitő hatásáról számosan akartak meggyőződést szerezni. A következőkben röviden beszámolok a kisérletezők által elért eredményekről.

Liebreich[1] óvatosan nyilatkozik (1893-ban) a tekintetben, hogy a formaldehydnek van-e a jövőben kilátása kiterjedt használatra, bár nem tagadja, hogy a lehetőség erre megvan.

Pohl[2] kisérletei alapján arra a következtetésre jut, hogy a formaldehyd jóval hatásosabb, mint a methylalkohol, a miből az előbbi készül.

Valude[3] hivatkozva Dubief, Berlioz,[4] Jean,[5] Ducleau[6] laboratoriumi kisérleteire, hangsúlyozza a formaldehyd erős bakterium-ölő hatását, a mely miatt annak oldatait (1 : 2000—1 : 500) a szemészetben használja antisepticum gyanánt. Különös jó tulajdonságként kiemeli a teljes oldhatóságot és azt, hogy fehérje-anyagokkal nem képez csapadékot.

Aronson[1] bakteriologiai vizsgálatai alapján kimutatja, hogy a formaldehyd 1 : 400 arányban 10 percz alatt megöli a diphtheria bacillusait; gőzeiben pedig rövid idő alatt tetemesen vesztenek virulentiájukból. Halálos mérgezést okozó adagját (bőr alá való fecskendésnél) nyulaknál 26 centigrammban állapitja meg (1 kiló élő állatra), mig a carbolból ugyanezen hatás elérésére 26 centigrammot, sublimatból pedig 15 milligrammot használt el.

De Buck és Vanderlinden[2] szerint a formalinból 1—1·5 cm³ kell egy kilo súlyú nyúl halálos megmérgezésére, a mi 4—6 centigramm formaldehydnek felel meg. A halál a légző központok hűdése folytán jönne létre. 1 : 100 arányban a sebészetben jól használható antisepticumnak tartja, mert ily töménységben alig lehet ártalmas még felszivódás esetén is.

Schmidt[3] kimutatja, hogy oly húslevesben, mely 1 : 20,000 arányban formolt tartalmaz, nem fejlődik és nem szaporodik a staphylococcus pyogenes aur., a streptococcus pyogenes, a bakterium coli, a bacillus typhi abdom., sőt a bacillus pyocyaneus sem. A szaporodást gátló hatásánál jóval kisebb azonban a közvetlen bakteriumölő tulajdonsága, mert 1 : 100 arányban sem öli meg öt percz alatt a fentebbi mikroorganismusokat. Ezért, és maró hatása miatt — azt hiszi — hogy a sebészek nem fogják használhatni.

Slater és Rodat[4] szerint úgy a formaldehyd-gőzöknek, mint azok vizes oldatának erős bakteriumölő sajátságuk van; s kevéssé mérgesek, a tárgyakat nem marják meg, s igy azt hiszik, hogy a gyakorlati fertőtlenités czéljára alkalmasak.

Philipp[5] vizes oldatból fejlődött gőzökkel kisérlette meg a szobában elhelyezett tárgyak fertőtlenitését s azt tapasztalta, hogy a csirák száma tetemesen fogyott. Cholera, typhus és anthrax agar-tenyészetei formalingőzökben három nap alatt elpusztultak, anthrax-spórákat azonban nem ölték meg a gőzök teljesen. Szerinte a formaldehyd-gázok erősebben fertőtlenitenek minden eddig ismert gáz- és gőzalakú anyagoknál, s ha elegendő mennyiségben fogjuk őket fejleszthetni, akkor lakások fertőtlenitésére is alkalmasak lesznek.

Holfert[6] növényi termékek conserválására igen alkalmasnak találta az 1 : 200 töménységű oldatot, mely a chlorophyllt és a növényi pigmentet sem változtatja meg. A hús szinét azonban megváltoztatja; s bár a rohadást itt is meggátolja, a hús hosszabb állás után megpenészedik.

Blum[7] megállapitja azon töménységet, mely a staphylococcus, typhus, cholera és antraxspóra megölésére szükséges.

Ascoli[8] szerint a formol a sebészetben nem használható, mert elhalásokat okoz; azonban ürülékek, rohadó anyagok fertőtlenitésére sőt szagtalanitására is alkalmas; gőzei ruhák fertőtlenitésére czélszerüen használhatók.

Berlioz[9] emberek izmaiba fecskendett emulsionált formolt; de ez nagy fájdalmat okozott. Belsőleg, lapdacs alakjában adva, nem jól tűrte meg az emberek gyomra ezen szert. Gőzeinek belehelése azonban tüdővészeseknél jó eredménynyel járt, mert a köpet kevesbedett. Ugyancsak jó hatású volt a belehelés nátha és heveny légcsőhurutnál is.

Miquel[10] bakteriologiai kisérleteinél a formol gőzalakban igen erélyes ölő hatást fejtett ki a mikroorganismusokra. Lemezeken kiterített szobaport helyezett el oly üvegharang alá, melyben a gőzöket fejlesztette s controll-kisérletekkel meghatározta azon fogyást, a mely a porban levő csirák számában különböző hosszú időtartam alatt beállott. 40 óra mulva a kitett por sterilnak bizonyult.

1 Therap. Monatshefte 1893. április.
2 Archiv für experim. Pathol. XXXI. H. 4.
3 Ann. d'oculistique. 1893. julius.
4 Moniteur scientifique. 1892.
5 Journal d'hygiene. 1892.
6 Annal. Pasteur. 1892.

1 Ber. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 30.
2 Ann. et Bull. Soc. med. de Gaud. 1892.
3 Gazette medicale de l'Est.
4 The Lancet. 1894.
5 Münch. med. Wochenschr. 1894.
6 Berlini gyógyszerész-társulat. 1894. aug.
7 Münch. Wochenschr. 1894.
8 Giornali della Accad. di Torino 1894.
9 Academie de med. de Paris.
10 Annales de micrographie. 1894—1895.

Cambier és Brochet[1] vegyészek kisérleteinek eredményei szintén megegyeznek a fentebb felsoroltakéival.

Nils Englund[2] kimutatta, hogy a „Lampe formogéne“ nem alkalmas nagyobb terjedelmű helyiségek fertőtlenítésére.

Foley[3] különböző nagyságú szobákban 10%-os formalin-oldatot helyezett el lapos edényekben és vizsgálta, vajjon megölik-e a folyadékból fejlődött gázok a szobában leülepedett por mikroorganismusait. Több kisérletet végzett ez irányban; az eredmény mindenütt negativ volt.

Fayollat[4] az első formaldehyd-gőzöket fejlesztő Trillat-féle eszközzel, a „Lampe formogéne“-nel kisérletezett. Az eredmény az volt, hogy a formol-gőzökkel a fertőtlenitésnél jobb eredményeket ért el, mint a többi desinficiensekkel, azonban a „Lampe formogéne“ még sem volt alkalmas lakóhelyiségek fertőtlenítésére, mert erre túlságosan kevés formaldehyd-gőzöket fejlesztett.

Walter[5] a Krell-féle „Lampe formogént“ vizsgálta, de lakások fertőtlenitésére ezt sem találta használhatónak, épen azon oknál fogva, mint Fayollat a másik eszközt. A formalin vizes oldataival azonban igen kedvező eredményeket kapott. 1:10,000 higitásnál már megakadályozza a pathogen bakteriumok fejlődését; 1:100 erősségű oldat pedig egy órán belül megöli azokat. 1:300 töménységű és kevés alkohollal kevert oldata igen alkalmas a kéz sterilizálására. Mesterségesen fertőzött szövetek formaldehyddel való behintés után 24 óra mulva fertőtlenekké váltak a nélkül, hogy károsodtak volna.

Pottevin[6] nagy üvegpalaczkba különféle töménységű formalin-oldatot öntve, az edény nyakán át spórákkal beitatott szövetdarabokat lógatott le s nézte, hogy különböző hőmérséknél mily tömény oldatból fejlődött gőzök ölik meg a spórákat. Az eredmény az volt, hogy 15° C.-nál sem a 2, sem a 15, sem a 42%-os oldat gőzei nem ölték a spórákat. 35° C.-nál azonban 18, 6, illetve 2 óra alatt, 52° C.-nál pedig 2, 1 és 1 óra alatt elpusztultak azok. Ebből az tünik ki, hogy a formaldehyd-gőzök magasabb hőfoknál erélyesebben desinficiálnak, mint alacsonyabb hőmérsékletnél.

Bardet és Trillat[7] a Trillat-féle második eszközzel (Appareil à projection) kisérlették meg földszinten, illetve emeleten fekvő, több szobából álló lakások fertőtlenítését és pedig butorokkal és azok nélkül. A lakások köbtartalma 100—400 m³ között váltakozott. Az eredmény ezen eszközzel nem volt teljes, mert az anthrax, diphtheria és staphylococcussal beitatott tárgyakon a nevezett mikroorganismusok nem pusztultak el minden esetben.

G. Roux és Trillat[8] a legtökéletesebb Trillat-féle eszközzel, az „Autoclave formogéne“-nel végezték a legutóbbi kisérleteiket. (Az eszköz ugyanolyan volt, mint a milyet én is használtam vizsgálataimnál.)

A fertőtlenített és több szobából álló lakások köbtartalma 70 és 1400 m³ között váltakozott. A mikroorganismusok közül a bac. pyocyaneus, prodigiosus, coli, továbbá anthrax-sporák és staphylococcus pyog. aureus használtattak, melyeknek tiszta tenyészeteivel a legkülönbözőbb anyagokból (papir, fém, fa, szövet stb.) készült tárgyak lettek beitatva, s a lakás különféle pontjain és különféle magasságban elhelyezve. Az eredmény rövidre fogva az volt, hogy 14 óra alatt az összes csirák megölettek, a nélkül, hogy a szobákban levő tárgyak a legkevésbbé is károsodtak volna.

Bosc[9] a Hotel-Dieu Saint-Éloiban, összesen 730 m³ köbtartalmú és egy nagy teremből és 2 mellékhelyiségből álló helyiségben végezte az általam is használt eszközzel kisérleteit, melyekhez: staphylococcus pyogenes aureust, bacillus colit, diphtheriaet, mallei-t, pyocyaneust, sporás anthraxot, végre az aspergillus és toxichophyton sporáit használta. Az eredmény az volt, hogy a gőzöknek kitett összes pathogen csirák 5 óra alatt elpusztultak az esetben, *ha a formaldehyd-gőzök jól hozzájuk férhettek.* A szoba berendezésében több kisérletsorozat után sem volt semmi károsodás észlelhető.

Nicolle[1] Rouenben vizsgálta a Trillat-féle „Autoclave“-al fejlesztett formaldehyd-gőzöknek a gyakorlati fertőtlenítésben való használhatóságát. A fertőtlenített helyiség lépcsőházból nyiló, 4 szobából álló és 218 m³ űrtartalmú emeleti lakás volt. A fertőtlenitendő tárgyak: staphylococcus albus, bacillus typhi, b. coli, b. diphtheriae, b. Friedlender, aspergillus fumigatus és anthrax sporákkal, továbbá egy diarrhoeás gyermek ürülékével és tuberculosus köpettel voltak beitatva. Nicolle valamennyi mikroorganismust megölve találta a készülék működésének beszüntetése után 1 óra mulva az esetben, ha a fertőzött tárgyakhoz a formaldehyd-gőzök hozzáférhettek. Derékalj s más vastag tárgyakba azonban be nem hatoltak s ezért Nicolle is hangsúlyozza, hogy ezek fertőtlenítésére a formaldehyd-gőzök nem használhatók.

Niemann[2] Berlinben 125 m³ nagyságú teremben majd 456 m³-es lakásban sporás anthrax, bacillus typhi, b. diphtheriae és staphylococcus aureussal beitatott selyemfonalakat tett ki a Trillat-féle autoclavból fejlesztett formaldehyd-gőzök hatásának. 7 óra mulva csupán 1 sporás anthrax kelt ki az összes kisérletekből, mig a 10, 15 és 20 óra mulva kivett fonalak mind sterilnek találtattak.

Pfuhl[3] 60, 92 és 263 m³ űrtartalmú helyiségekben kisérletezett a Krell-féle formalin-lámpával. A szobákban minden butor rendes helyén maradt, az ajtók, ablakok réseit betömték ugyan, de csak úgy, a mint a gyakorlatban szokás. A typhus-, cholera- és diphtheria-bacillusokkal, továbbá strepto- és staphylococcusokkal, lépfene és tetanus-sporákkal, végre tuberculosus köpettel a szobákban rendesen előforduló tárgyakat és anyagokat inficiáltak, hogy a gyakorlati élet viszonyait így is lehetőleg utánozzák. A formaldehyd-gőzök fejlesztésére a nagyobb helyiségeknél több (8—9) lámpát használt. Az eredmény nem volt valami fényes, mert közönséges nagyságú lakószoba alapos fertőtlenítésére 10—11 lámpára volna szükség, ezt pedig kezelni lehetetlen. Pfuhl kisérletei alapján oda nyilatkozik, hogy formogen-lámpák lakások fertőtlenítésére alkalmatlanok, mig az újabb autoclavok e czélra alkalmasaknak látszanak, mert aránytalanul több formaldehyd-gázt fejlesztenek, mint az általa vizsgált készülékek.

Englund[4] kereste azon módot, mely az 1895-ben ismeretes formaldehydfejlesztő készülékeknél jobban megfelelne a lakásfertőtlenités czéljaira. Igen jónak találta a *spray-methodust*, mely abból áll, hogy a 2%-os formalin-oldattal a falakat és butorokat teljesen befecskendezik s ezután a szobát 24 óráig zárva tartják. Minden m² területre 60—70 cm³ oldat szükséges. Még jobb szerinte oly eljárás, melynél nagy felületű (2 m²) szövetdarabokat itatnak át a 2%-os formalin-oldattal s ezeket a szobában kifüggesztik. Minden m³ szobaköbtartalomra 60—70 cm³ oldat szükséges. A spray-methodus igen jól alkalmazható szőrmék és könyvek fertőtlenítésére is.

Dieudonné[5] kisebb űrtartalmú tartókban jó eredményt ért el a Tollens által leirt és a közönséges spiritus-lámpához hasonló eszközből fejlesztett formogen-lámpával. Cholera- és typhus-bacillusok és a staphylococcus aureus már 7—11 percz alatt elpusztultak, lépfene-sporák és a szobai por csirái azonban csak 1½ illetve 5 óra mulva ölettek meg. Szobában,

[1] Journal d'hyg. et de police sanit. 1894.
[2] Om formaldehyden 1895.
[3] Thése inaugural, Lyon 1895.
[4] Thése inaugural, Lyon 1895.
[5] Zeitschrift f. Hygien. XXI. 21.
[6] Annal. Pasteur. 1895.
[7] Bulletin de therap. 1895.
[8] Annal. Pasteur. 1896.
[9] Annales Pasteur 1896.

[1] Normandie medical 1897.
[2] Deutsche med. Wochenschr. 1896. Nr. 16.
[3] Zeitschrift f Hygiene X. H. 2.
[4] A stockholmi hyg. intézetből 45 oldal. 1895.
[5] Arbeit a. d. kais. Ges.-A. Bd. XI. H. 3.

melyben 200 gr. methylalkoholból fejlesztett formaldehyd volt, 24, sőt 48 óra mulva is életben maradtak az anthrax sporái. Hangsúlyozza, hogy ha fel lesz találva oly eszköz, mely sok formaldehyd-gázt termel, akkor czélszerű lesz ezzel fertőtleníteni a lakásokat is.

Schepilewski[1] kisérleteinél úgy találta, hogy oly esetekben, midőn a bakteriumok befödve vannak, azoknak csupán vegetativ alakjai pusztulnak el, a sporák azonban életben maradnak. Ezért a formaldehyd-gázok nem alkalmasak pl. könyvek fertőtlenitésére.

Cambier és *Brochet*[2] üvegharang alatt elégetett methyl alkoholból fejlődött formaldehyd-gázokkal igen tetemes fertőtlenitő hatást érvén el, egy 75 m³ köbtartalmú szobában tettek ugyancsak ily módon fejlesztett gázzal kisérletet. 900 gr. methylalkohol elégetése után 24 óra mulva a szoba porában levő rohasztó bakteriumok elpusztultak ugyan, de a bacillus subtilis életben maradt, valamint a penészgombák is.

Rosenberg[3] nem a formalint vagyis a formaldehyd vizes (40%-os) oldatát használta, hanem az *Oppermann-féle Holzin*-t, mely nem más, mint a formaldehydnek 60%-os methylalkoholos oldata. Ez gyorsabban párolog, mint az előbbi és nem hagy hátra paraformaldehydet, mint amaz. Hogy a fejlődő gázok ne legyenek az ember szemére és nyálkahártyájára oly izgatók, a szerhez mentholt kever s ezen keveréket *Holzinol*-nak nevezi. R. a Holzin-gőzökkel állitólag teljesen sterilizált lakásokat, a melyekben kitett anthrax-sporák is elpusztultak. Sőt húsconserválásra is kitünőnek találta a Holzin-ból fejlesztett gázokat; a húst azután légmentesen burkoló formaldehyd-gelatinnal kente be. Szamárhurutos és tuberculosus egyénekre a Holzinol-gőzök igen jó hatást gyakoroltak. Ajánlja az utóbbi vegyi szernek igen gyönge oldatait kórháztermek, iskolák stb. padlójának fertőtlenitésére is.

Az élelmi szerek conserválását illetőleg teljesen más nézeten van *Gottstein*,[4] a ki vizes formaldehyd-oldatok gőzeit használta e czélra s az ezekkel sterilizált anyagokat gelatinaréteggel mázolta be. *G.* úgy tapasztalta, hogy ezen gelatinaréteg alatt a burgonya kőkemény lesz, a tojások tartalma megkevesbedik, a hús szintén megkeményedik, mert az izomrostokat körülvevő enyvanyagok megkeményednek. A formalinnal conservált élelmi szerek főzésnél sem puhultak meg s élvezetre teljesen alkalmatlanok voltak.

Utoljára hagytam azon fontos kisérletek eredményeinek ismertetését, a melyeket az általam is használt eszközzel és anyaggal *a magyar kir. belügyminister* a lipótmezei országos tébolyda két nagyobb és két kicsiny helyiségében 1897. április hó 1-én és 2-dikán saját szakközegeivel végeztetett.

A desinficiáló eljárás hatásosságának kipróbálására cholera-, typhus-, diphtheria-, pestis-, fonalas anthrax-bacillusok egy napos bouillon tenyészetében áztatott és szobahőmérsék mellett megszáradt selyemfonalak szolgáltak. Anthrax-spórás anyagul olyan fonalak alkalmaztattak, melyeket tiszta spórás burgonyatenyészettel átitattak és szobahőmérséknél megszáritottak.

A formaldehyd-gőzöket az autoclaveban formochlorolból fejlesztették és 3—4 légkörnyomás mellett a kulcslyukon átdugott fémcsövön keresztül áramoltatták be a helyiségekbe, miután itt már megelőzőleg a kisérleti próbákul szolgáló fertőzött szálak egyrészt a szoba mennyezetéhez, másrészt a helyiségek padlójához közel elhelyeztettek s a helyiségek összes nyilásai elzárattak. A fertőzött fonalakat nemcsak szabadon, hanem tiszta vászonba burkolva is kitették a formaldehydgőzök hatásának. A helyiségekben ezenkivül fémtárgyak, képek, színes szövetek és papirosok is voltak elhelyezve.

A $^3/_4$ órán át tartó gőzölés után $4^1/_2$, 12 és 22 óra mulva a helyiségeket kiszellőztették és a próbaszálakat egyrészt bouillonba, másrészt gelatinába oltották, mely utóbbiak Petri-csészékben lemezekké öntöttek. Egy hét mulva a cholera-, typhus-, diphtheria- és fonalas anthrax-tenyészetek sterileknek találtattak; az anthrax-spórák azonban még a 22 óráig formaldehyd gőzökben állott próbákban is tenyészetnek indultak. A vászonba burkolt összes próbák bakteriumai szintén életben maradtak.

A belügyminister szakközegei ezekből kifolyólag véleményüket oda formulázták, hogy a nevezett készülékből fejlesztett formaldehyd-gőzök a kisérlet gondos elrendezése esetén a helyiségben szabadon kitett fertőző szervezetek spórátlan fajait megsemmisitik ugyan, de kötegekbe, szövetcsomókba be nem hatolnak.

Végül még *Rosenberg* azon excentrikusnak látszó nézetéről teszek említést, melyet fönnebb említett munkájában közöl s a mely abban áll, hogy a tuberculosis, orbáncz, diphtheria és a többi fertőző betegségek gyógyitására is universalis szernek tekinti a formaldehydnak tejczukros oldatát, melyet ő „*Sterisol*"-nak nevez s a mely az emberi testben levő bakteriumokat elpusztitaná, a nélkül, hogy mérgező hatást gyakorolna arra. Ő ugyanis a fönnebbi és 0·06 gr. formalint tartalmazó *sterisolt* 1 nap alatt 4 adagban vette be, s ammoniakalis ezüstnitrat-oldattal vizeletében 4 nap mulva is kimutatta.

Ebből azonban azt következtetni, hogy a formaldehyd bármely vegyülete vagy keverékével az egész emberi szervezetet fertőtleniteni, sterillé tenni lehessen, előttem egyelőre nagyon is merész mondásnak látszik.

Kétségtelen — mert hisz az összes felsorolt irodalom tanusitja —, hogy a formaldehyd úgy oldatban mint gőz- illetve gázalakban becsülésre méltó fertőtlenitő, bakteriumölő képességgel bir. És ha nem is éri el minden tekintetben azt a fokot, a mit egy lakásfertőtlenitésre minden esetben kényelmesen, olcsón és absolut biztossággal használható szertől, illetve eljárástól a hygiene követel, mégis azon szerek közé kell a formaldehydet sorolnunk, mely az ideált megközeliti, és az eljárás, az előállitás tökéletesitésével idővel talán azt el is éri.

[1] Chem. Zeit. XX. S. 49.
[2] Annales de micrographie VII. 1895.
[3] Deutsche med. Wochenschrift 1896. Nr. 39.
[4] Deutsche med. Wochenschrift 1896. Nr. 41.

Az acetylen-gáz mérgező hatásáról.

Öhler László dr. és *Genersich Vilmos* dr. közegészségtani gyakornokoktól Budapesten [1]

Azon kisérletekről óhajtunk a tisztelt szakülésnek röviden beszámolni, a melyeket a budapesti egyetem közegészségtani intézetében végeztünk, és a melyeknek czélja volt: kideriteni, milyen ártalmakat okozhat ez új világitó anyag azoknak egészségére, a kik lakásuk világitását ezen gázzal eszközlik; nevezetesen igyekeztünk megállapitani egyrészt azon mennyiséget, a mely a kisérleti állatok halálát okozza, másrészt azon minimalis mennyiséget, a melynél az acetylen az élő szervezetre még egyáltalában ártalmas.

Ezen két főszemponton kivül feladatunkat képezte oly vizsgálati módszernek kidolgozása, a melylyel az acetylennek minimalis nyomait a levegőben, illetve az e gáz belehelésétől megmérgezett szervezetben kimutatni lehessen.

Jelen alkalommal csupán azon kisérletekről fogunk szólani, melyek az acetylen-gáz halálos adagának kikutatását czélozták.

Mielőtt azonban ezeknek leirásához fognánk, szabadjon felsorolnunk azon adatokat, a melyeket a szakirodalomban tárgyunkra vonatkozólag találtunk.

Az acetylen-gáz mérgező hatását tudtunkkal először *Gréhant*[2] vizsgálta pontosabban.

Kisérleteihez az acetylennek, levegővel és oxygennel oly módon készitett keverékét használta, hogy abban az utóbbi

[1] Előadatott a m. orvosok és term. vizsgálók vándorgyülésén, Trencsénben.
[2] „Comptes rendus des séances de l'académie des sciences." 121. kötet. 1895. 564—565. old.

gázból mindig 20·8%, azaz megközelítőleg annyi volt, a mennyi a tiszta körlégben átlagban lenni szokott.

Czélja ezzel kétségen kivül az volt, hogy kisérleteinek eredményeire ne lehessen befolyással az oxygenhiányból származó, és különösen az acetylennek nagy százalékokban (20—79%) vett mennyiségénél okvetlenül előálló zavaró hatás.

Gréhant azt találta, hogy ha a gázkeverékben 20·8% oxygen mellett 20% acetylen volt, akkor a kisérleti állat (kutya) 35 perczen belül még izgatottságot is alig mutatott.

40% acetylen 25 perczig tartó izgatottsági állapot után, hirtelen megölte az állatot.

79% acetylen mellett a kisérleti állaton 11 percz mulva görcsök jelentkeztek, 27 percz mulva pedig beállott nála a halál.

Midőn pedig 79% acetylent tartalmazó levegőbe kutya helyett nyulat tett, akkor ezen kisérleti állaton már 6 percz mulva görcsös rángások jelentkeztek. 35 percz eltelte után Gréhant a nyulat szabad levegőre vitte, a midőn az állat némileg magához tért ugyan, de pár óra mulva mégis elhullott.

Bracinet[1] egyébként már 1887-ben állitotta, hogy az acetylen mérgező hatása csekély; körülbelül akkora, mint a többi közönséges szénhydrogen-vegyületeké, mint pl. az ethylené, propylené.

A kisérleti állatok még az esetben sem hullanak el, ha nagy mennyiségű acetylent tartalmazó levegőkeverékben több óráig tartjuk őket, azonban gondoskodnunk kell arról, hogy az állatoknak elegendő oxygen álljon rendelkezésre, és hogy a kilégzett gázok felhalmozódását a gázkeveréknek kellő megújitása által elháritsuk.

Az emlitett franczia vizsgálók kisérleteiből eredményül tehát az tünne ki, hogy az acetylen még nagyobb mennyiségben is belélegezve ártalmatlan, sőt hogy ennélfogva ezen gázt a gyakorlatban világitásra félelem nélkül lehet használni.

Vannak azonban az eddig elmondottakkal homlokegyenest ellenkező nézetek is az irodalomban felemlitve, melyek nagy részben *Bistrow* és *Liebreich*[2] kisérleteiből nyert azon következtetésre támaszkodnak, hogy az acetylen épen olyan vegyületet alkot a vér haemoglobinjával, mint a szénoxyd, mely miként tudjuk, nagyon mérges.

Sőt *Birchmore*[3] amerikai orvos azt mondja, kogy az acetylen még 1 : 10,000 higitásban is 20 percz alatt erős fejfájást okozott neki, annak daczára, hogy a belélekzett levegőben az acetylennek jellegző szaga nem volt érezhető. Ő a fentebbi arányban (1 : 10,000) acetylent tartalmazó levegőben addig tartózkodott, mig látási zavarok kezdtek nála beállani. „Nagy meggondolatlanság volt ez, mondja, mert a helyiség elhagyása után még 1 óra mulva is erős légzési nehézségeket éreztem, sőt a rosszullét több óráig tartott, és ágyban maradni késztetett. Nem álomhoz, hanem inkább azon tünetekhez voltak hasonlók érzéseim, a melyeket az aethericus narcoticák után érzünk, t. i. hallucináltam. Sőt még három nap mulva is szivműködésem oly heves volt, hogy a „Brooklyni“ hidon átmenet oly kellemetlen érzés fogott el, hogy kénytelen voltam megállani.“

Liebreich, Bistrow és Birchmore állitásait azonban az acetylen-gázt világitásra felhasználni akaró társulatok technikai szakértői nem csak el nem fogadják, hanem a legjobb esetben is csalódásnak vagy képzelődésnek tartják, sőt sokan a konkurrens gáztársaságok manőverének minősitik Felhozzák a gyakorlatból azt, hogy mindekkoráig senki sem érzett azok közül mérgezést, a kik acetylen készitésével vagy kezelésével foglalkoztak, már pedig miként állitják, sokan vannak, a kik tetemesen concentráltabb acetylen-keveréket lélekzettek be, mint 1 : 10000, és 20 percznel hosszabb időn át.

Sőt *Trouvé*[4] még tovább megy s azt állitja, hogy az acetylen-gázzal kevert levegőnek a légző szervek bántalmainál még gyógyitó erejét is tapasztalta munkásainál. Az acetylennek ezen legnagyobb pártfogója még azt sem tartja lehetetlennek, hogy az acetylennek ismeretes kellemetlen szaga megöli a mikroorganismusokat (?!). Annyit azonban biztosra állitanak, hogy az acetylen sokkal kevésbbé mérges, mint a közönséges világitó gáz; ez utóbbi ugyanis szerintük átlagban 6—8%, sőt az Egyesült-Államok egyes városaiban 20—30% szénoxydot tartalmaz. „Ime, mondják, még azon rendkivül ártalmas hatás sem szolgált akadályul a világitó gáz elterjedésének, a melyet annak magas szénoxyd-tartalma a szervezetre kifejt.“

Részünkről teljes elfogulatlansággal kezdtünk kisérleteinkhez, melyeknél azon viszonyokat kivántuk lehetőleg figyelembe venni és megközeliteni, a melyek az acetylen-gázzal világitott helyiségekben természetszerüleg előállhatnak.

Nem követtük tehát a kisérletre szolgáló gázkeverék összeállitásában Gréhant, Bracinet stbbit, a kik vegyileg tiszta acetylen-gázzal kisérleteztek, mert hiszen a világitásra szolgáló acetylen-gáz chemiailag nem tiszta; másrészt pedig szándékosan nem gondoskodtunk arról, hogy gázkeverékünk állandóan 20·8% oxygent tartalmazzon, mert hiszen egy helyiség levegőjében, a hol sok acetylen-gáz ömlik ki, nem lesz 20·8% az oxygén.

Az acetylen-gáz fejlesztésére az acetylen-gáz részvénytársaság által forgalomba hozott középnagyságú fejlesztőt alkalmaztuk, melyet a nevezett társaság igazgatója Berdenits úr a hozzávaló carbiddal egyetemben készségesen bocsátott rendelkezésünkre.

Ezen szivességéért e helyütt is kifejezzük köszönetünket.

Ezen eszközzel és a kapott carbidból előállitott acetylen-gáz szintelen, concentráltan kellemetlen foghagyma szagú, a mely szag még higitásoknál (igy 1%-nál) is határozottan érezhető. Ez a szag *Moissan* és mások állitása szerint a carbid fertőzményeiből az acetylennel egyidejüleg fejlődött phosphorhydrogen nyomaitól származik.

Kisérleti állatokul középnagyságú, körülbelül 400—900 gr. súlyú és a közegészségtani intézetben tenyésztett tengerimalaczokat használtunk, melyeket egy 30 liter ürtartalmú üvegharang alatt a fentebb leirt módon előállitott acetylenből többet vagy kevesebbet tartalmazó levegő hatásának tettünk ki.

Gondoskodtunk azonban arról is, hogy a kisérlet alá vett állatoknak a harang alatt kellő mennyiségű levegőt juttassunk.

E czélból üvegharangunkat légmentesen illesztettük ugyan fel talapzatára, ez utóbbiban azonban két nyilás volt, a melyek egyikén egy, közvetlenül a talapzat belső felszinén végződő, és egy másik, a harang tetejéig haladó s a fenék alatt térdalakúlag meghajtott, 1 cm. átmérőjü fémcső haladt át. Az előbbi csövön vezettük be a harang alá a különböző mennyiségű acetylennel kevert levegőt, az utóbbin pedig a használt levegőt eltávolitottuk.

A különböző mennyiségű acetylennel kevert levegőt a következőképen állitottuk elő.

A harang alatt szájadzó rövidebb cső külső végét kaucsukcső segitségével egy T alakú üvegcső vizszintes szárának egyik végével kötöttük össze. Ezen szár második vége azon gázórával volt összeköttetésben, a melyet Fodor professzor évek előtt levegővizsgálatainál használt. Ezen gázórával óránként 40—100 liter levegőt hajtottunk át a malaczot tartalmazó harangon.

A T alakú cső függőleges szárába vékonyra kihúzott üvegcsövön átvezettük, szintén pontosan szabályozható gáztartó készülékből, az acetylen-gázt. Ez utóbbi készüléket két bekalibrált 10 literes üveg képezte, a melynek egyike oly magasan volt elhelyezve, hogy feneke a másiknak szájadékával jutott egy szinbe. Az alacsonyabban álló üveg szájadéka kétszer átfúrt kaucsukdugóval volt elzárva, melyen két térdalakúlag meghajtott üvegcső haladt át: ezek egyike közvetlenül a dugó alatt végződött, másika pedig majdnem az üveg fenekét érintette.

Ez utóbbi szabad végét kaucsukcső segitségével összeköttük a magasabban elhelyezett üvegnek fenekéhez közel levő és szabályozható csappal ellátott nyilásával.

Az „At Home“ készülék gazometeréből kiáramló acetylen gázt az alacsonyabban elhelyezett üvegben felfogva s annak hosszabb csövét a magasabban álló és sós vízzel (a sós viz alig

[1] „L'année scientifique“ 39. évf. (1895), 256—257. old.

[2] Georges Pellissier „L'éclairage a l'acétylène“ Paris, 1897. 32 old.

[3] Georges Pellissier „L'éclairage a l'acétylène“ Paris, 1897. 32—33 old.

[4] „Georges Pellissier „L'éclairage a l'acétylène“ Paris 1897. 35. old.

nyel el valamit az acetylen-gázból) megtöltött üveg csapjával összekapcsolva, ez utóbbiból olyan mennyiségben bocsátottunk sós vizet az alacsonyabban álló üvegbe, hogy ebből bizonyos időegység alatt bizonyos mennyiségű acetylen-gázt szoríttottunk ki, illetőleg kevertünk a T alakú cső segítségével az üvegharang alá áramló levegőhöz.

Ily módon variálhattuk egyrészt a belégzésre nyujtott levegő mennyiségét, másrészt a levegőhöz kevert acetylen mennyiségét is.

Kisérleteink eredménye a következő volt:

1. Óránként 40 liternyi áthajtott levegőben, mely 1% acetylent tartalmazott az üvegharang alatt tartott 450 gr. súlyú tengerimalacz délelőtt 10 órától, délután 5 és fél óráig, vagyis 7 és fél óra mulva sem mutatott mérgezésre való tüneteket; jól evett, vigan mozgott és ma is egészséges.

2. 4 volum. % acetylen-gázt tartalmazó, óránként 40 liternyi áthajtott levegőben az üvegharang alatt tartott egy 450 gr. és egy 600 gr. súlyú tengerimalacz 7 és fél óra mulva is jól ettek, vigan mozogtak, mérgezésre való tüneteket nem mutattak, máig is élnek és egészségesek.

3. 5 volum % acetylent tartalmazó levegő hatásának 4 tengerimalaczot tettünk ki.

Ezek közül az első 390 gr. súlyú állaton 40 liternyi áthajtott gázkeverék mellett a kisérlet kezdetétől számított 6 óra s 15 percz mulva kezdetben gyenge, később erősebb görcsös rángások voltak észlelhetők; nyakát előre nyujtotta és nehezen lélegzett. Ezen tünetek erősbödése között a kisérlet kezdetétől számított 7 óra és 40 percz mulva az állat elhullott.

A második 755 gr. súlyú állat az előbbivel azonos mennyiségű és összetételű gázkeverékben 5 óra mulva szomorú, aluszékony, étkéhez nem nyúl, majd nyugtalanná lesz, nyakát görcsösen nyujtogatja és izgatottan forgolódik a harang alatt. 8 és fél óra mulva a harang alól a szabad levegőre bocsátottuk, a hol újabbi két óra mulva elhullott.

A harmadik 645 gr. súlyú tengerimalacz óránként 100 liter áthajtott és 5 volum. % acetylent tartalmazó levegőben a kisérlet kezdetétől számított 4 és $^3/_4$ óra mulva aluszékonyság és bágyadtság tüneteit mutatja. 5 és $^3/_4$ óra mulva nehéz, nyujtott belégzések és görcsök kiséretében oldalra dől és újabb 10 percz mulva kimulik.

A negyedik szintén óránként 100 liter áthajtott és 5 volum. % acetylent tartalmazó levegőben tartott 600 gr. súlyú malacz 5 óra mulva bágyadt, 7 óra mulva nagyfokú nyugtalanságot mutat, légzése nehéz és görcsösen rángatódzik. 8 óra mulva az üvegharang alól a szabad levegőre bocsáttatik, a hol 10 és fél óra mulva elhull.

4. 7·5 volum. % acetylent tartalmazó 40 liternyi óránként áthajtott levegővel 3 állattal tettünk kisérletet.

Ezek közül az első 880 gr. súlyú tengerimalacz 3 óra mulva a kisérlet kezdete után bágyadt, nem eszik. 6 óra mulva oldalra dől, mely helyzetből feltápászkodni igyekszik, de ez nem sikerül. Majd görcsök és nehéz légzés tünetei között 7 óra és 10 percz mulva elhull.

A második 750 gr. súlyú tengerimalacz szintén 3 óra mulva kezdi a mérgezés tüneteit mutatni; bágyadt, szomorú és nem eszik. 5 és fél óra mulva az üvegharang alól kivétetik és körülbelül 9 óra mulva (az esti órákban) elhull.

A harmadik 944 gr. súlyú állat 8 óra mulva oldalra dől s nehezen lélegzik; ekkor a harang alól kivétetik, de a szabad levegőn újabb 3 óra mulva elhull.

5. Végre 10 volum. % acetylent tartalmazó és óránként 40 liternyi áthajtott levegőben tartott 475 gr. súlyú tengeri malacz már a kisérlet kezdetétől számított 3 óra mulva bágyadt, nem eszik, és görcsök s nehéz légzés tüneteit mutatja. 7 óra mulva ezen tünetek folytonos erősbödése között az állat elhull.

Összes elhullott és felbonczolt állatainknál feltünt a hasi szervek, valamint a tüdő, szív és agynak vérbősége. A szívben a vért még az egészen friss meleg hullákban is megalvadva találtuk, de színében feltünőbb elváltozást nem mutatott. A vérbehatóbb vizsgálatára más alkalommal fogunk rátérni.

Ha a fenebb felsorolt kisérleteink eredményeit, vagyis az acetylen-gáz mérgező, illetőleg halálos adagait a világító-gáz, illetve a szénoxyd mérgező sajátságaival összehasonlitani akarjuk, e czélra *Fodor* professor a szénoxyd mérgező hatásáról irt tanulmányából és a mi eredményeinkből a következő táblázatot állithatjuk össze.

I. A szénoxyd, illetve világító gáz mérgező hatása Fodor szerint:

Szénoxyd (CO) mennyisége a a levegőben térfogat ‰-ban	A CO világító gázra általunk átszámítva, térfogat ‰-ban[1]	Tünetek a kiserleti állatokon
1·5‰	25‰	56 óra mulva rosszullét, de az állat a szabad levegőn magához tér.
2·3‰	38‰	
3·1‰	51‰	24 óra mulva fuladási tünetek, de az állat szabad levegőn magához tér.
4‰	66‰	4 „ „

II. Az acetylen-gáz mérgező hatása a mi kisérleteink szerint:

Az acetylen-gáz mennyisége a levegőben térfogat ‰-ban	Tünetek a kisérleti állatokon
10‰	7 óra mulva semmi hatás.
40‰	
50‰	6—7 óra mulva nehéz légzés, 6½—10 óra mulva elhull.
75‰	3 „ „ „ „ 7—11 „ „ „
100‰	3 „ „ „ „ 7 „ „ „

Ezekből tehát az következik, hogy az acetylen-gáz alig egy tizedrész oly mérges, mint a szénoxyd, és körülbelül olyan mérges, mint a világító-gáz.

Kisérleteink tehát azt mutatják, hogy az acetylen korántsem olyan ártalmatlan gáz, mint azt *Gréhant, Bracinet* stb. állitják, viszont nem oly mérgező, mint azt *Birchmore* gondolja.

De tekintetbe kell vennünk még egy momentumot.

Az acetylen világitásra való használatánál ugyanannyi fényegység előállitására sokkal kevesebb gáz és igy vékonyabb csövek szükségesek, mint a világító-gáznál, és hogy a gázfejlesztő készülékekben és csővezetékekben csak alig néhány centimeter magas vízoszlopnak megfelelő nyomás kell hogy uralkodjék. Ebből — talán nem hibázunk — ha azt következtetjük, hogy a csapnak nyitva felejtése avagy csőnek repedése esetében kevesebb acetylen fog a vezetékből kiömleni az időegységben, mint a világító-gáznál a gázcsövekből.

Ennek folytán azt véljük, hogy az acetylennel világitott helyiségekben sem fog többször előfordulni nehéz vagy halálos mérgezés, mint a világító-gázzal világitott helyiségekben.

KÖNYVISMERTETÉS.

Az egészségügyi közigazgatás kézikönyve, különös tekintettel a gyakorlati eljárásra. Szerkesztette Thim József dr., hatósági orvos. Budapest, 1897. I. kötet 558 lap, II. kötet 670 lap. Ára füzve 8 frt, kötve 10 frt

A munka szerzője 7 évi hatósági szolgálat alatt gyüjtött tapasztalatai alapján irta meg müvét mindazok számára, a kik az egészségügyi közigazgatás alapos ismeretére hivatásból reászorul-

[1] A CO átszámitásánál a budapesti gáz 6% Co tartalmát (Ilosvay) vettük irányadónak.

tak. És annak daczára, hogy az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeleteknek Chyzer által összeállított gyüjteménye manapság a hivatalos közegek asztaláról alig hiányozhatik, a jelen munka szerzője mégis derék és hasznos munkát végzett, mikor a törvények és rendeletek nagy halmazából nem csak kiválogatja a mai nap érvényben levőket, hanem azokat összetartozásuk szerint csoportosítva s a mi a fő —, szerves egészszé feldolgozva, a büntető határozatokkal, a hatóságok hatáskörének körülírásával, nyilvántartások, kimutatások, formulárék stb. mintáival együtt adja elénk.

És ma, mikor irányadó helyről az országgyülésen az lett kijelentve, hogy az egészségügyi közigazgatás általános és gyökeres reformjáról szó sem lehet, midőn a sokat hangoztatott, de még mindig a jövő homályában késlekedő államosítás a legvérmesebben gondolkodók előtt is csak szép tervnek látszik, — az ilyen alapos munkára —, melyben a reászoruló könnyen megtalálja a neki szükségeset, valóban szükségünk volt.

A szerző előszavában nem követeli magának azt, hogy művét teljesnek, hibátlannak tartsák. Ez nem is kívánható a mai viszonyok között, mert hiszen az egyéni magyarázatnak törvényeink és szabályrendeleteink — sajnos — nagyon szabad tért engednek. Annyit azonban kétségen kivül bátran követelhet Thim dr. magának, hogy praktikus, használható kézikönyvet adott az olvasóknak, a mely nem csak ezeknek, de az ország közegészségügyének is csak hasznára fog válni.

A munka tartalmának részletes megismertetése helyszüke miatt sem állván módomban, csak tartalmát sorolom fel.

Az I. kötetnek részei: I. A himlőoltás. II. Eljárás a hullák körül; a temetkezésről és a temetőkről. III. A trachoma elleni eljárás. IV. A fertőző betegségekről és járványokról. V. Intézkedések a gyermekek és iskolák ügyében. VI. Az elmebetegekről és tébolydákról.

A II. kötet részei: VII. Intézkedések a közegészség előmozdítására és megőrzésére. VIII. Betegápolási költségek, kórházak és gyógyintézetek. IX. Segélynyujtás balesetek alkalmával. X. Kuruzslás. XI. Gyógyfürdők és ásványvizek. XII. A törvényszéki orvosszakértői eljárásról. XIII. Hajózási, postai és vasúti rendelkezések. XIV. Szülésznői gyakorlat. XV. *Orvosi gyakorlat.* XVI. Az egészségügyi közigazgatási szervezetről. XVII. Az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről. XVIII. Gyógyszerészeti ügy. XIX. Vegyesek.

Remélem, hogy a Franklin-Társulat szép kiadásában megjelent hasznos munka saját becsénél és szükséges voltánál fogva megtalálja az utat a méltó elterjedéshez, és szerzőjének legalább is meghozza az erkölcsi elismerést. *Rigler* dr.

Guide médical de Moscou. Irta Diakonow P. J. tanár a moszkvai császári egyetemen. Moszkva, 1897.

A legutóbb lezajlott XII. nemzetközi orvosi congressus végrehajtó bizottsága megbizásából 84 oldalon ügyesen megírta a szerző azon tudnivalókat, melyekre a congressus látogatóinak szükségük volt, ha az oly kevéssé ismeretes ország, illetve annak vendégszerető fővárosának orvosügyileg érdekes intézményeiről helyes fogalmat akartak szerezni. Az alábbiakban kiválogatva adom a munka közérdekü adatait.

Moszkva lakossága 1896-ban 988,610 lelket számlált; ezek közül 427,670 a férfi és 560,940 a női nemhez tartozott. Összesen 1084 orvosa volt, kik közül 107 a katonaorvos és 14 az orvosnő. A születések száma 1896-ban 30,911 volt, a mi 31 : 1000-nek felel meg. A halálozásokat a 27,101 szám mutatja, a mi 29·5 : 1000 arányt képvisel. A halálokokban a bünczselekményekből eredő esetek 0·4‰, az öngyilkosságok 3·5‰-vel szerepelnek. A fertőző bajok által okozott halálozások közül legtöbb esik a diphtheria, scarlatina, dysenteria és typhus abdominalisra. A nálunk alig ismeretes typhus exanthematicus és febris recurres is elég magas számot (24, illetve 78) mutat. Tuberculosisban elhalt 1000 halott közül 119. A betegedési statistikában is nagy számmal (3304) szerepel a typhus mindkét faja a febris recurrenssel (2680). Diphtheriában 2223, dysenteriában 2095, scarlatinában 2400, influenzában 3640, pneumonia crouposában 2667, orbánczban pedig 1797 megbetegedés történt az 1896-dik évben.

Az egyetem orvosi facultásának van anthropologiai muzeuma, boncztani, szövettani, élettani, általános kórtani, kórboncztani, gyógyszertani intézete, neurologiai muzeuma, műtő és tájboncztani intézete, szülészeti, közegészségtani, bacteriologiai, törvényszéki-orvostani intézete, 2 belgyógyászati klinikája, egy propedeutikai klinikája, gyermek-, ideg-, elmegyógy-, börkórtani, 2 sebészi, szemészeti, fülészeti és szülészeti klinikája. Moszkvában ezenkivül két iskola foglalkozik 4 évi tanfolyamon sebészek, kettő a bábák és egy a fogorvosok kiképzésével.

Van ezenkivül Moszkvában 12 orvosi tudományos társulat. Az egyetemi tanárok 3 rangba soroztatnak, u. m. professeurs émérites, professeurs ordinaires és professeurs extraordinaires. Moszkva és a hasonnevü kormányzóság egészségügyi közigazgatása egy „Administration Médicale"-hoz tartozik, a mely egy főnök, egy inspector, a városi rendőrfőorvos, a rendes tagok, továbbá egy gyógyszerész és két állatorvosból áll. Ehhez tartozik minden közegészségügybe vágó dolog. Az élelmiszerek vizsgálatára az egyetem közegészségtani intézetével kapcsolatban külön vegykisérleti állomás szolgál.

Kórház és más hasonló intézmény összesen 54 van Moszkvában. A gyógyszertárak száma 45, melyekben 1896-ban 1.646,313 orvosi rendelvényt adtak ki. Az orvosirodalmat 9 orvosi folyóirat képviseli. *Rigler* dr.

KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

Használt könyvek bakteriumtartalmát vizsgálta Lion abból kifolyólag, hogy sok laikus túlságosan aggódik attól, hogy a kézen megforduló tárgyak fertőző betegségeket terjeszthetnek. Igy igen gyakran halljuk, hogy a használt könyvek, kivált a kölcsönkönyvtárakból valók, sőt járványos vidékekről jövő postacsomagok is tovahurczolták a járványt. Ezért sokan ezeknek fertőtlenítését követelik. Lion kimutatta, hogy a choleravibrio papiron nem talál alkalmas talajt a szaporodásra, mert ez egyrészt bizonyos nedvességhez van kötve, másrészt pedig, mert ezen mikroorganismus a kiszáradás iránt nagyon érzékeny. Ugyanaz áll a Fränkel féle diplococcus pneumoniae-ra, sőt az influenza-bacillusra is, mely utóbbi a köpetben 36 óra mulva magától is elpusztul. Ellenben a staphylococcus pyogenes aurens, továbbá a tuberculosis, anthrax és typhus bacillusa száraz állapotban is sokáig virulens marad. A nevezett szerző legelőször egy sokat olvasott regény két kötetét vette vizsgálat alá. Ennek egyik tiszta lapjának 100 cm² területén körülbelül 250 bakteriumot, egy piszkos lapja szélének 100 cm²-én pedig 3350 csirát talált.

Megvizsgált továbbá egy anatomiai atlast, melyet azelőtt sokan forgattak, de három év óta senki sem használt. Ennél már nagy különbség mutatkozott a fentebbi területen talált mikroorganismusok számában, mert 125—1075 csira volt 100 cm² területen. Új levélpapirosnak 100 cm² én a szerző 100—200 bakteriumot mutatott ki. Szürőpapiron 133—294 csirát talált, ellenben a toilette czélokra praeparált papiros majdnem steril volt. Úgy látszik, hogy kivált levélbélyegek képeznek jó talajt a csiráknak szaporításra, mert azok ragasztó szere valósággal bakterium-tenyésztő anyagul tekinthető. Szerző különösen a betegek által használt könyvekre fordította figyelmét és annak a nézetnek ad kifejezést, hogy a kölcsönkönyvtárnak kötelessége lenne minden visszakerült könyvet újabb kikölcsönzés előtt fertőtleníteni. A könyvek fertőtlenítésére szolgáló szernek, illetve eljárásnak *Lion* szerint biztosan meg kellene ölnie a bakteriumokat a nélkül, hogy a könyveket rongálja és a desinfectionak ezenkivül lehetőleg kényelmesnek és olcsónak is kellene lennie. Mindezen kivánalmaknak szerinte legjobban a *formalin* felel meg s ezért Lion ezen szert ajánlja a könyvek fertőtlenítésére. *Stenczel.*

Budapest, 1897. Pesti Lloyd-társulat könyvnyomdája. (Felelős vezető: Müller Ágoston.) Dorottya-utcza 14. sz.